

Année scolaire 2026 - 2027

Fiche de liaison sanitaire

Cette fiche permet de recueillir les informations sanitaires utiles pendant l'accueil de votre enfant sur les temps périscolaires. Elle permettra de vous contacter en cas de besoin et renseignera le personnel médical le cas échéant.

Enfant :

Nom :	Prénom :
☐ fille	☐ garçon
Date de naissance :	
Adresse :	
.....	

Classe fréquentée :

Services fréquentés :

- | | |
|---|---|
| ☐ Accueil périscolaire matin | ☐ Etudes surveillées |
| ☐ Accueil périscolaire soir | ☐ Bus |

Régime : Traditionnel ☐ Sans porc ☐ PAI Alimentaire ☐

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS	oui	non	Dernier rappel	VACCINS	oui	non	Date
DTP + Coqueluche, Hépatite B, Haemophilus influenzae b				Rougeole Oreillon Rubéole			
Infections à pneumocoques				Infections invasives à méningocoques			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les temps d'accueil ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, vous devez vous rapprocher de la Directrice des services périscolaires pour remplir un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I).

Attention : aucun médicament ne pourra être donné sans ce document qui doit comprendre une ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non
alimentaires ☐ oui ☐ non

asthme ☐ oui ☐ non
autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom 1 : Nom 2 :

Prénom 1 : Prénom 2 :

Portable 1 : Portable 2 :

Adresse :

Adresse courriel :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

V - Liste et coordonnées téléphoniques des personnes majeures autorisées à venir chercher mon enfant pendant l'année scolaire :

Nom et Prénom : Tel :

Nom et Prénom : Tel :

VI - Autorisation des parents pour que l'enfant quitte seul les études surveillées ou l'accueil post scolaire :

☐ oui ☐ non
Si oui, **une autorisation écrite doit être fournie**

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** la directrice des services périscolaires du SIGEIS de Dammartin en Serve à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date : / / 2026