

Fiche sanitaire de liaison 2026 – 2027

Espace d'Animations Arthuss

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle est à actualiser en fonction de l'état sanitaire de votre enfant.

1 JEUNE

Nom : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : ____/____/____ ☐ Fille ☐ Garçon
Etablissement scolaire à la rentrée : _____ Ville : _____

2 RESPONSABLE DU MINEUR

☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Autre : _____ Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
Responsable 1 : _____ Tél. port. : _____ Tél. maison : _____ Tél prof : _____
Responsable 2 : _____ Tél. port. : _____ Tél. maison : _____ Tél prof : _____
Numéro de sécurité sociale : _____
Adresse de votre CPAM : _____

3 VACCINATIONS

Rappel : la vaccination est obligatoire (sauf contre-indication médicale reconnue) pour inscrire un enfant sur un accueil collectif de mineurs.

Pour attester de la situation vaccinale de l'enfant, **je joins obligatoirement** à cette fiche sanitaire l'un des documents ci-dessous :

- ☐ Une copie du carnet de Santé (Cerfa N°12594*02 et N°12595*02).
☐ Un certificat médical attestant de la situation vaccinale.

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Votre enfant a-t-il des allergies ou autre maladies chroniques ?

Asthme ☐ OUI ☐ NON
Médicamenteuses ☐ OUI ☐ NON
Alimentaires ☐ OUI ☐ NON

Si autre, préciser :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole : ☐ OUI ☐ NON
Scarlatine : ☐ OUI ☐ NON
Otitite : ☐ OUI ☐ NON
Rougeole : ☐ OUI ☐ NON
Angine : ☐ OUI ☐ NON
Oreillons : ☐ OUI ☐ NON
Coqueluche : ☐ OUI ☐ NON
Rhumatisme articulaire aigu : ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant a-t-il un PAI ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de nous contacter pour définir un protocole adapté à votre enfant, pour l'accueillir en toute sécurité.

Et de nous indiquer les informations pratiques nécessaires (causes, signes évocateurs et conduites à tenir) :

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé passées ou actuelles de votre enfant à connaître (dates et précautions) :

Exemples : maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, handicap, autres...

Si votre enfant est malade sur l'une des périodes d'accueil, merci de nous joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine, avec notice, marquées au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Précisez ci-dessous si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc. :

Fait à :

Le :

Nom du signataire :

Signature :

Merci de compléter le verso →

6 AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PREMIERS SECOURS

Je soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'enfant _____.

Autorise les responsables de l'accueil/de l'activité à :

- Apporter à mon enfant les premiers secours nécessaires, conformément aux recommandations en vigueur en matière de secourisme (conformément à l'art. 223-6 du Code pénal relatif à l'obligation d'assistance à personne en danger) ;
- Prendre toutes mesure utile de protection, notamment en cas d'accident, de malaise ou de situation d'urgence ;
- Faire appel aux services de secours (15/18/112) si la situation l'exige ;
- Accompagner ou faire accompagner mon enfant vers un professionnel de santé ou un service d'urgence si cela est jugé nécessaire.

Je reconnais avoir été informé(e) que ces interventions s'inscrivent dans le cadre des obligations légales de protection des mineurs (conformément au CASF et au Code de l'éducation) et de prévention des risques.

Fait à :

Le :

Nom et signature du responsable légal :