



FICHE SANITAIRE DE LIAISON Périscolaire – Restaurant scolaire 2024-2025

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Classe : _____

Vaccinations : (se référer au carnet de vaccination ou certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	DATE DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillon Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Allergies : oui / non

Si oui, merci de préciser : alimentaire, asthme ou autre :

.....

⇒ FOURNIR UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE avec le certificat médical

Difficultés de santé (crises convulsives, maladie...) :

.....

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires,...) :

.....

Nom et adresse du médecin traitant de l'enfant :

.....

.....

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Personne N°1 :

M/Mme.....

Lien avec l'enfant :

- Père
- Mère
- Autre (à préciser).....

Adresse :

.....

Téléphone :

- travail :
- domicile :
- portable :



Personne N°2 :

M/Mme.....

Lien avec l'enfant :

- Père
- Mère
- Autre (à préciser).....

Adresse :
.....

Téléphone :

- travail :.....
- domicile :.....
- portable :.....

Personne N°3 :

M/Mme.....

Lien avec l'enfant :

- Père
- Mère
- Autre (à préciser).....

Adresse :
.....

Téléphone :

- travail :.....
- domicile :.....
- portable :.....

Le (date) _____,

Signature(s) :

Le(s) responsable(s) légal(aux) :