



Hôtel de ville
1, esplanade Bernardin-Laugier
CS97002 – 13808 ISTRES
Cedex Tél. 04 13 29 50 00



Année : 2026/2027

**Fiche sanitaire de liaison
CENTRES AÉRÉS – SÉJOURS – ACCUEIL PÉRISCOLAIRE - VOYAGES SCOLAIRES
STAGES ET ÉCOLES MUNICIPALES DU SPORT**

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Il est recommandé de compléter ce document de manière informatique afin d'en garantir la lisibilité et d'en faciliter le traitement .*

Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année

L'ENFANT			
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Sexe :	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Taille :	<input type="text"/>	Pointure :	<input type="text"/>
		Poids :	<input type="text"/>
		Tour de tête :	<input type="text"/>

VACCINATIONS
Joindre obligatoirement les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé (D.T.P.). Pour les les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, fournir également les photocopies des pages du carnet de santé pour les vaccinations obligatoires suivantes : coqueluche, haemophilus, hépatite B, méningocoque C, pneumocoque, rougeole, oreillons, rubéole. Dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication du vaccin. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX	
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons
LES ALLERGIES :	
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – si oui lesquelles : <input type="text"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – si oui lesquelles : <input type="text"/>
Autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – si oui lesquelles : <input type="text"/>
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – si oui Veillez suivre la procédure en cliquant ICI
L'enfant a-t-il un dossier MDPH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours
Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.	<input type="text"/>

RECOMMANDATIONS UTILES	
Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire, etc...	<input type="text"/>
Régime alimentaire particulier, à titre indicatif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – si oui lequel : <input type="text"/>

Actuellement l'enfant suit-il un traitement. <small>Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son accueil, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance valide aux médicaments. (A remettre aux services concernés) Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance même pour l'homéopathie.</small>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – si oui lequel :
L'enfant mouille-t-il son lit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnellement
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom et téléphone du médecin traitant	
Baignade : attestation de natation en ACM Pass-nautique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> avec gilet <input type="checkbox"/> sans gilet

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Parent 1		Parent 2	
Nom, Prénom	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Date et lieu de naissance	<input style="width: 20%;" type="text"/> à <input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/> à <input style="width: 20%;" type="text"/>	
E-mail	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Portable	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Tél. Domicile	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Tél. Travail	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Adresse	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
CP :	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	
Ville :	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	
N°de sécurité sociale :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

Personnes à contacter en cas d'absence du/des parent(s) ou du tuteur :

Nom et prénom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Lien de parenté :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Téléphone :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Nom et prénom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Lien de parenté :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Téléphone :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Nom et prénom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Lien de parenté :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Téléphone :	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Je soussigné, , responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, sur avis médical, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date

Signature