



# Fiche sanitaire de liaison

## 2026/2027

### 1- ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON

FILLE

NEUTRE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT

### 2-VACCINATIONS

Merci de joindre une copie des vaccins à jour ou un certificat médical attestant que les vaccins sont à jour.  
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Si oui, lequel :

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice*)

**Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### 4- ALLERGIES

ASTHME OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON

Précisez :

MÉDICAMENTEUSES OUI  NON

Précisez :

PAI : OUI  NON

En cas de PAI, merci de nous transmettre le dossier complet, une ordonnance récente, ainsi que les médicaments, étiquetés au nom de l'enfant et regroupés dans une trousse.

AUTRES :

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



# Fiche sanitaire de liaison

## 2026/2027

### 5- RÉGIME ALIMENTAIRE

STANDARD SANS PORC

VÉGÉTARIEN

STANDARD

STANDARD SANS VIANDE

STANDARD SANS POISSON

### 6- RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez :

Difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation...) Précisez les précautions à prendre :

### 7- BAIGNADE

SAIT NAGER

SE DÉBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

### 8- RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable 1	Responsable 2
NOM : PRÉNOM :	NOM : PRÉNOM :
NUMÉROS DE TÉLÉPHONE Portable : Travail :	NUMÉROS DE TÉLÉPHONE Portable : Travail :

**DATE :**

**SIGNATURE Resp. 1 & 2 :**

Les données personnelles recueillies sont nécessaires à la sécurité de votre enfant et ne sont pas transmises à des tiers. Elles sont conservées uniquement pendant la durée de la relation contractuelle.

Le responsable du traitement est l'association **La Croisée des Chemins**.

Conformément au RGPD, vous disposez de droits sur vos données (accès, rectification, effacement), à exercer à l'adresse :  
donneespersonnelles@croiseedeschemins.org

Plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)