



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2024/2025

## 1 - ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARCON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Vous pouvez nous joindre une photocopie des vaccins.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtherie				Hepatitis B	
Tetanos				Rubeole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tetracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical**? Oui  Non

L'enfant a-t-il un **PAI**? Oui  Non

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/>	OTITE <input checked="" type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/>	
our <input type="checkbox"/> NON	OUI <input type="checkbox"/> NON	our <input type="checkbox"/> NON	OUI <input type="checkbox"/> NON	

**ALLERGIES:** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

---

4 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.....

---

5 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRENOM .....  
ADRESSE .....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

*Je soussigne, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts, les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date: ..... Signature : .....

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (en cas de séjour) A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**AUTORISATION DE PRISE DE VUE  
EN VERTU DE L'ARTICLE 9 DU CODE CIVIL**

Je soussigné(e) Madame/Monsieur

NOM ..... Prénom .....

Né(e) le .....

à .....

Nationalité .....

Demeurant .....

.....

agissant en qualité de parent exerçant l'autorité parentale, **autorise expressément, à titre gracieux, le service communication de la Ville de Saint-Dizier, Hôtel de Ville, 52115 SAINT-DIZIER Cedex, à reproduire, diffuser, publier ou représenter partiellement ou intégralement les photos réalisées de mon enfant mineur**

**dénommé** .....

**à l'occasion d'un reportage photographique réalisé par la Ville de Saint-Dizier pour ses besoins de communication par tout moyen et sur tous supports et formats connus et inconnus à ce jour.**

**Aucune légende en surimpression de l'image de mon enfant ne devra porter atteinte à sa vie privée, de sorte que, notamment, ni le nom ni l'adresse de mon enfant mineur ne devront apparaître sur l'image.**

Cette autorisation est valable dans le monde entier pour une durée de 15 ans et reste valable en cas de changement de mon état civil actuel.

Mention manuscrite « lu et approuvé » .....

Fait à ....., le .....

Signature,