



Terre Lorraine du Longuyonnais

# Périscolaire de Longuyon

## Fiche Sanitaire de Liaison

### 2026-2027

Document  
confidentiel

#### L'Enfant

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Né (e) le :** ..... **à :** .....

Si naissance multiple (indiquez le rang) : 1  2  3  4       Sexe :  Fille  Garçon

**Ecole :** ..... **Classe :** .....

**Poids :** ..... kg **Taille :** ..... cm (*informations nécessaires en cas d'urgence*)

#### Responsable légal 1

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Lien avec l'enfant :** ..... **Autorité parentale :**  Oui  Non

**Adresse :** .....

**Tél Fixe :** ..... **Tél Portable :** ..... **Tél Pro :** .....

#### Responsable légal 2

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Lien avec l'enfant :** ..... **Autorité parentale :**  Oui  Non

**Adresse :** .....

**Tél Fixe :** ..... **Tél Portable :** ..... **Tél Pro :** .....

#### Renseignements médicaux

**Nom et Téléphone du médecin traitant :** .....

**VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)**

Obligatoires	Oui	Non	Date du rappel	Recommandés	Date
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP)				Rotavirus	
Coqueluche				Méningocoque B	
Haemophilus (Hib)				BCG	
Hépatite B				<i>Autres préciser</i>	
Pneumocoque					
Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)					
Méningocoque C					

**Joindre les copies des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations et/ou du carnet de vaccinations et/ou attestation d'un médecin.**

**Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

Rubéole			Varicelle			Angine			Rhumatisme articulaire aigu			Scarlatine		
Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non
Coqueluche			Otite			Rougeole			Oreillons					
Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non			

## Renseignements médicaux (suite)

L'enfant a-t-il des **ALLERGIES** :

Asthme		Alimentaires		Médicamenteuses		Autres <i>(précisez)</i>		Autres <i>(précisez)</i>	
.....		.....		.....		.....		.....	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

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

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence au périscolaire ?  Oui  Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente 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.**

**P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) en cours :  Oui  Non

*(Joindre le protocole et toutes informations utiles)*

**Précisez :** .....

.....

.....

**Indiquez**, ci-après, les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre** :

.....

.....

.....

**Informations complémentaires** (à renseigner obligatoirement) :

Votre enfant porte-t-il : (au besoin prévoir un (ou des) étui(s) au nom de l'enfant)

- Des lentilles.....  Oui  Non
- Des lunettes .....  Oui  Non
- Des prothèses auditives.....  Oui  Non
- Des prothèses ou appareil dentaire ...  Oui  Non
- Autres recommandations / précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

.....

**Autorisations :**

- J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives ...  Oui  Non
- J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées.....  Oui  Non
- Autorisation de transport en véhicule de service et car de location.....  Oui  Non
- Autorisation de déplacement à pied.....  Oui  Non

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à, ..... le .....

Signature