



# Périscolaire de Pierrepont

## Fiche Sanitaire de Liaison

### 2026-2027

Document  
confidentiel

Terre Lorraine du Longuyonnais

#### 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	Oui   Non	Oui   Non	Oui   Non	
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons		
Oui   Non	Oui   Non	Oui   Non	Oui   Non	Oui   Non				

## Renseignements médicaux (suite)

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

Asthme		Alimentaires		Médicamenteuses		Autres (précisez)		Autres (précisez)	
.....		.....		.....		.....		.....	
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