

# FICHE DE LIAISON SANITAIRE 2026

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant afin de faciliter sa prise en charge médicale ou au quotidien. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

## LICENCIÉ :

Nom, prénom .....

Tél.de contact..... Date de naissance .....

## RESPONSABLES LÉGAUX:

Nom, prénom .....

Agissant en qualité de .....

Adresse (si différente) .....

..... Tél. ....

☐ N° de sécurité sociale ..... Mutuelle .....

Nom, prénom .....

Agissant en qualité de .....

Adresse (si différente) .....

..... Tél. ....

☐ N° de sécurité sociale ..... Mutuelle .....

Merci de cocher le numéro de sécurité sociale sous lequel l'enfant est rattaché.

Merci de joindre une copie des cartes d'identité des parents et de l'enfant s'il en possède une.

## 1. VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

S'il n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins obligatoires	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates derniers rappels
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR (Rubéole-Oreillons-Rougeole)	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou Tétracoq		BCG	
Ou DT Polio		Autres (préciser)	

## 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical au long cours ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance ainsi que les médicaments (dans leur boîte d'origine et marqués au nom de l'enfant).  
Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

- Autres informations utiles à faire connaître au médecin (en cas de maladie ou d'urgence) :

.....

.....

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

RUBÉOLE		VARICELLE		COQUELUCHE		SCARLATINE		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

- L'enfant a-t-il des allergies ? ☐ OUI ☐ NON

Préciser la cause de l'allergie, la conduite à tenir ainsi que le traitement éventuel à administrer (joindre ordonnance).

.....

.....

## 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

- L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc. ?

Merci de préciser.

.....

.....

- Autres éléments à porter à la connaissance des encadrants.

(Énurésie, somnambulisme, intolérance alimentaire...).

.....

.....

Je soussigné.e, .....,

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

Fait le .....

Signature :