



Code de l'action sociale et des familles  
**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
**TEMPS PERISCOLAIRES MATIN ET SOIR**

Cerfa  
 n°10008\*02

**Enfant:**  Fille  Garçon

Nom: ..... Prénom: .....

Date et lieu de naissance : .....

**I- Vaccinations:** (joindre photocopies des vaccins)

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi?

.....  
 .....

**II- Renseignements médicaux:**

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

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Varicelle			Rhumatismes		
Rougeole			Oreillons		
Asthme			Angines		
Coqueluche			Rubéole		
Scarlatine			Otites		

Allergies: médicamenteuses  oui  non  
 alimentaires  oui  non  
 PAI  oui  non

asthme  oui  non  
 autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir:**

.....  
 .....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

.....  
 .....



Code de l'action sociale et des familles  
**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
**TEMPS PERISCOLAIRES MATIN ET SOIR**

Cerfa  
 n°10008\*02

**Enfant:**  Fille  Garçon

Nom: ..... Prénom: .....

Date et lieu de naissance : .....

**I- Vaccinations:** (joindre photocopies des vaccins)

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi?

.....  
 .....

**II- Renseignements médicaux:**

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

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Varicelle			Rhumatismes		
Rougeole			Oreillons		
Asthme			Angines		
Coqueluche			Rubéole		
Scarlatine			Otites		

Allergies: médicamenteuses  oui  non  
 alimentaires  oui  non  
 PAI  oui  non

asthme  oui  non  
 autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir:**

.....  
 .....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

.....  
 .....

**III - Recommandations utiles:**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...?

.....  
.....

**III - Recommandations utiles:**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...?

.....  
.....

**IV - Responsable légal de l'enfant:**

NOM ..... Prénom .....

Adresse (pendant l'année scolaire) : .....

**Caisse de sécurité sociale**

Désignation : .....

**Mutuelle**

Désignation : ..... N°adhérent .....

**TELEPHONE EN CAS D'URGENCE**

NOM ..... Prénom .....

**D**omicile : ..... **T**ravail : .....

**P**ortables: ..... Et .....

NOM ..... Prénom .....

**D**omicile : ..... **T**ravail : .....

**P**ortables: ..... Et .....

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

*En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'éventuel(s) remboursement(s)).*

A Notre Dame de Bondeville, le .....

Signature

**IV - Responsable légal de l'enfant:**

NOM ..... Prénom .....

Adresse (pendant l'année scolaire) : .....

**Caisse de sécurité sociale**

Désignation : .....

**Mutuelle**

Désignation : ..... N°adhérent .....

**TELEPHONE EN CAS D'URGENCE**

NOM ..... Prénom .....

**D**omicile : ..... **T**ravail : .....

**P**ortables: ..... Et .....

NOM ..... Prénom .....

**D**omicile : ..... **T**ravail : .....

**P**ortables: ..... Et .....

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

*En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'éventuel(s) remboursement(s)).*

A Notre Dame de Bondeville, le .....

Signature