



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

PHOTO

## 1. ENFANT

Type de repas : classique  sans porc  végétarien

Maternelle  Primaire  Classe \_\_\_\_\_

Sexe F  M

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## 2. VACCINATIONS :

Pour les enfants nés avant le **1er janvier 2018**, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont obligatoires.  
Pour les enfants nés à **partir de 2018**, les 11 vaccins sont obligatoires

- ▶ la diphtérie
- ▶ le tétanos
- ▶ la poliomyélite
- ▶ l'haemophilus influenzae B
- ▶ la coqueluche
- ▶ l'hépatite B
- ▶ la rougeole
- ▶ les oreillons
- ▶ la rubéole
- ▶ le méningocoque C
- ▶ le pneumocoque

## 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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

Si la réponse est oui, un projet d'accueil individualisé est **OBLIGATOIRE**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

ALLERGIES : ASTHME Oui  Non  MÉDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Tél 1 : \_\_\_\_\_

Tél 2 : \_\_\_\_\_

### PERSONNES HABILITÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Tél 1 : \_\_\_\_\_

Tél 2 : \_\_\_\_\_

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, , CRISES CONVULSIVES, OPÉRATIONS, ETC...), EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....  
.....  
.....  
.....

#### 4. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... , PRÉCISEZ :

.....  
.....  
.....

#### 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE .....

.....

Mail : .....

Tél : Portable :

Domicile:

Professionnel :

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


Date :

Signature :

---

MAIRIE DE MOUSSY-LE-VIEUX  
Place Marcel Hatier  
77230 MOUSSY-LE-VIEUX



 01.60.03.43.06  
secretariat@moussylevieux.fr