



Photo enfant

**SERVICE ENFANCE JEUNESSE  
VILLE DE BOLLÈNE**

PAI : OUI NON

AEEH\* : OUI NON

**FICHE DE LIAISON SANITAIRE**

**ANNÉE SCOLAIRE** \_\_\_\_\_

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles et obligatoires concernant la santé de votre enfant durant le temps méridien

**RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ENFANT**

École Fréquentée : ..... Classe : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom du Papa et N° Tél : .....

Nom de la Maman et N° Tél : .....

Adresse habituelle de ..... l'Enfant: .....

**En cas d'urgence, Nom et N° de téléphone d'une autre personne autre que les parents (lien avec l'enfant):**  
.....

**Nom et N° de téléphone des personnes autorisées\* à récupérer l'enfant et lien avec l'enfant:**

1/ .....

2/ .....

3/ .....

**Droit à l'image (autorisation photos): OUI NON      Droit de Sortie: OUI NON**

**VACCINATION – Photocopies Obligatoires  
(se référer au carnet de santé et certificats de vaccination )**

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie/Tétanos/ Poliomyélite				BCG - monotest	
Ou DT polio				Hépatite B	
Ou Tétracoq				Rubéole/oreillons/rougeole	
				Coqueluche	
				Méningite	
				Varicelle	
				Infection invasives à pneumocoque	
				Autres .....	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**L'enfant suit il un traitement médical      OUI       NON**

➤ *si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondant (boite de médicament dans leur boite d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)*

\* **AEEH** : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

