



1 - PHOTO
OBLIGATOIRE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE 2025 / 2026

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors de l'accueil de l'enfant.

2 - L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Garçon Fille Date de naissance de l'enfant : / /
Ecole fréquentée à la rentrée 2025 : Classe :
Autorisez-vous votre enfant à partir seul ? Oui, à partir de h Non

3 - INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE DE L'ENFANT ? Oui Non

REPAS VÉGÉTARIEN (sans poisson) ? Oui Non

AUTRES ?

L'ENFANT PORTE-IL DES LUNETTES ? Oui Non

LENTILLES DE CONTACT ? Oui Non

PORTEUR D'APPAREIL SPÉCIFIQUE ?

Oui Non

APPAREIL DENTAIRE

Oui Non

APPAREIL AUDITIF

Oui Non

APPAREIL AUDITIF AÉRATEUR

Oui Non

L'ENFANT MOUILLE-IL SON LIT ? Oui Non

LA JEUNE FILLE EST-ELLE REGLÉE ? Oui Non

AUTRES RECOMMANDATIONS :

4 - ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT



L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé AEEH :

Oui Non

Date de fin de droit : / /

Est-il accompagné pour son handicap ?

Oui Non

Si oui, précisez la nature de son accompagnement :

(une référente de l'ARPEJ-Reszé prendra contact avec vous)

L'enfant a-t-il un AVS à l'école : Oui Non

Demande de PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non / PAI validé pour l'année scolaire : Oui Non

5 - RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Qualité : Père Mère Beau-père Belle-mère

Autres (précisez) :

Situation familiale : Marié Pacsé Divorcé

Concubin Célibataire

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : / / /

Téléphone professionnel : / / /

Email :

Profession :

Employeur :

Organisme tiers N°CAF :

N°MSA :

6 - RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Qualité : Père Mère Beau-père Belle-mère

Autres (précisez) :

Situation familiale : Marié Pacsé Divorcé

Concubin Célibataire

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : / / /

Téléphone professionnel : / / /

Email :

Profession :

Employeur :

Organisme tiers N°CAF :

N°MSA :

7 - EN CAS D'URGENCE : LES PERSONNES A CONTACTER ET AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : Prénom :

Qualité : Père Mère Beau-père Belle-mère Autres (précisez) : Téléphone : / / /

Nom : Prénom :

Qualité : Père Mère Beau-père Belle-mère Autres (précisez) : Téléphone : / / /

8 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant de l'enfant (facultatif) :

Numéro du médecin traitant : / / / /

Numéro sécurité sociale : / / / / /

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Oui* Non

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).*

CSS (Complémentaire santé solidaire) ? Oui** → ***Si oui, fournir une copie* Non

MALADIES

| | | | |
|------------|---|-----------------------------|---|
| Rubéole | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Otite | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rougeole | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Angine | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Oreillons | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Scarlatine | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |

ALLERGIES

| | | | |
|-----------------|---|------------------|---|
| Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Epilepsie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Asthme → | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Alimentaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Enfantil → | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Autre : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| En cours → | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |

Précisez et indiquez la cause de l'allergie, la conduite à tenir (si automédication, le signaler), les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) :

Demande de PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non / PAI validé pour l'année scolaire : Oui Non

9 - VACCINATIONS OBLIGATOIRES (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| | | | | | |
|--------------|---|-----------------------|-----------|---|-----------------------|
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / | Diphtérie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / |
| ou DT Polio | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / | Tétanos | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / |
| ou Tétracoq | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / | | | |

10 - VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2018

| | | | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|-------------|---|-----------------------|
| Hépatite B | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / | Rubéole | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / |
| Méningites (Influenza B) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / | Pneumocoque | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / |
| Méningocoques | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / | Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / |
| Rougeole | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / | Oreillons | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / |

11 - AUTRES VACCINS

| | | | | | |
|-------|---|-----------------------|-------|---|-----------------------|
| | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | / / |
|-------|---|-----------------------|-------|---|-----------------------|

12 - AUTORISATIONS PARENTALES

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Je soussigné(e), agissant en qualité de de exerçant l'autorité parentale,

COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS POUR VALIDATION :

L'ARPEJ-Rezé reproduit, diffuse, publie et représente, sans limitation de durée et titre gratuit, les images fixes ou animées ainsi que les sons réalisés dans le cadre des activités de mon enfant sur les supports suivants :

- Brochures, tracts, journaux, affiches édités, site internet, réseaux sociaux (facebook, instagram...) par l'ARPEJ-Rezé Oui Non
- certifie avoir pris connaissance et accepter sans réserve les conditions générales de service de l'ARPEJ-Rezé,
- déclare être informé(e) du fait que les informations recueillies sont nécessaires à la prise en charge de mon enfant au sein des activités de l'ARPEJ-Rezé et qu'en application de la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie d'un droit d'accès de rectification et de suppression des informations transmises,
- certifie que tous les renseignements communiqués dans cette fiche ainsi que sur BL enfance sont exacts. Je m'engage à signaler toute modification survenant en cours de l'année. En outre, je suis informé que toute fausse déclaration est susceptible d'être puni d'une peine d'emprisonnement et d'une peine d'amende conformément aux dispositions des articles L4411-1 et suivants du code pénal. Je suis informé de mon droit d'accès, de rectification et de suppression des informations transmises.
- autorise l'ARPEJ-Rezé à m'adresser un courrier postal et/ou électronique des informations sur les activités de l'ARPEJ-Rezé et déclare être informé du fait que ces données feront l'objet d'un traitement informatique.
- déclare que mon enfant peut suivre toutes les activités proposées, qu'elles soient organisées par l'ARPEJ-Rezé ou confiées à d'autres prestataires, y compris les activités sportives.
- autorise le responsable de l'activité à prendre dans le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales, anesthésies, sorties de l'hôpital) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Fait à :

Date : / /

Signature (précédée de vos noms et prénoms) :