



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**
SIRAE
ANNEE SCOLAIRE
2025/2026

ENFANT

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :Age.....
☐ GARCON ☐ FILLE
ECOLE :
CLASSE :



DOCUMENT À RENDRE OBLIGATOIREMENT SUR LE PORTAIL FAMILLE:
<http://portail.berger-levrault.fr/SIRAEMontcornet08090/accueil>

RESPONSABLES DE L'ENFANT (Personne exerçant l'autorité parentale)

☐ MÈRE ☐ PÈRE ☐ TUTEUR

NOM :
PRÉNOM :
ADRESSE :
CP : VILLE:
TEL: MOBILE :
TEL: DOMICILE :
TEL TRAVAIL :
COURRIEL :

☐ MÈRE ☐ PÈRE ☐ TUTEUR

NOM :
PRÉNOM :
ADRESSE :
CP : VILLE:
TEL: MOBILE :
TEL: DOMICILE :
TEL TRAVAIL :
COURRIEL :

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE MINEUR

N° SECU. :/...../...../...../...../...../.....
COMPAGNIE ASSURANCE (Responsabilité civile) : N° :
NOM DU MEDECIN TRAITANT :
TEL : ADRESSE :
EN CAS D'URGENCE PREVENIR : TEL :

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

VACCINS	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rouge	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou Tétracoq				BCG	
BCG				Autres (préciser)	

SI L'ENFANTS N'A PAS
LES VACCINS
OBLIGATOIRES, JOINDRE
UN CERTIFICAT MEDICAL
DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? OUI ☐ NON ☐
**SI OUI, JOINDRE UNE ORDONNANCE RECENTE ET LES MEDICAMENTS CORRESPONDANT (BO
DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE MARQUEES AU NOM DE L'ENFANT AVEC LA NOTICE)**

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

ENFANT :

L'ENFANT A T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES	
Asthme	☐ oui ☐ Non
Alimentaires	☐ oui ☐ Non
Medicamenteuses	☐ oui ☐ Non
Autres :	

UN PAI A T-IL ETE FAIT AVEC L'ECOLE: OUI ☐ NON ☐ SI OUI, LE JOINDRE IMPERATIVEMENT

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

.....

.....

L'ENFANT EST AUTORISE A :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - VENIR SEUL A L'ACCUEIL (+ de 7 ans) | ☐ OUI | ☐ NON |
| - QUITTER SEUL L'ACCUEIL (+ de 7 ans) | ☐ OUI | ☐ NON |
| - AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR LES SECOURS | ☐ OUI | ☐ NON |

LE SIRAE EST AUTORISE A :

- | | | |
|--|---------------------------------|---|
| - MAQUILLER MON ENFANT | ☐ OUI | ☐ NON |
| - UTILISER L'IMAGE DE MON ENFANT DANS LE CADRE D'ACTIVITES : | ☐ PHOTOS | ☐ VIDEO ☐ NON |
| - FACEBOOK : | ☐ PHOTOS | ☐ VIDEO ☐ NON |
| - PRESSE | ☐ PHOTOS | ☐ VIDEO ☐ NON |
| - TRANSPORTER MON ENFANT EN MINIBUS | ☐ OUI | ☐ NON |

8 – PERSONNES (PLUS DE 16 ANS) AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT :

NOMS	PRENOMS	TELEPHONE

Je soussigné(e) Mr ou Mme
Exerçant l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, Intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :