



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
CAPSULE et CAPSULE JUNIOR
2026 - 2027**



*Les informations demandées ci-après sont conformes au Code de l'Action Sociale des Familles
et à la fiche CERFA n°10008*02 relative à la fiche sanitaire de liaison.*

NOM DE L'ENFANT
PRENOM DE L'ENFANT
SEXE
DATE DE NAISSANCE
ETABLISSEMENT SCOLAIRE
CLASSE

VACCINATIONS

	OUI	NON	DATES
DIPHTERIE			
TETANOS			
POLIOMYELITE			
COQUELUCHE			
HAEMOPHILUS			
RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE			
HEPATITE B			
PNEUMOCOQUE			
MENINGOCOQUE			

ALLERGIES

	OUI	NON	Précisez
ALIMENTAIRES			
MÉDICAMENTEUSES			
AUTRES (animaux, plantes, pollen)			

Si OUI, merci de joindre un certificat médical / PAI précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Votre enfant présent-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter ?

RECOMMANDATIONS UTILES SUPPLÉMENTAIRES

(Port de lunettes, lentilles, appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, ...)

Je soussigné.e _____ responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise la direction de l'accueil de loisirs ou de l'accueil jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date

Signature