Troyes

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
Septembre 2025 - Août 2026

ENFANT

● NOM : ……..● PRENOM :……..

● DATE DE NAISSANCE : ……../……/…… ● Garçon : ☐ Fille : ☐ *

RESPONSABLE LEGAL

● NOM : ……..● PRENOM :……..

● Adresse : ……

● Code postal : …….. Ville : ……

● Tél. fixe (et portable) domicile : ……..

Et bureau *:* ……..

● Je certifie que les vaccinations obligatoires de mon enfant sont à jour : oui ☐ non ☐ *

↳ Merci de joindre les **copies des pages du carnet de santé** (pages 90 à 93) relatives aux vaccinations obligatoires, copie du carnet de vaccination ou attestation du médecin.

● Existence d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : oui ☐ non ☐ *

● Indiquez ci-après les difficultés de santé, antérieures et actuelles (maladie, accident, allergies alimentaires, maladies chroniques, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation …) en précisant les dates et les précautions à prendre :

……

……

……

……

● Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives …), précisez :

……

……

……

● Nous vous rappelons que le personnel de la Ville de Troyes n'est pas autorisé à administrer de médicament sauf si le traitement est intégré à un P.A.I.

● En cas d'urgence, les personnels de la Ville de Troyes font appel aux services de secours.

● Je soussigné(e) ……,
Responsable légal de l'enfant, autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant, toutes les mesures (dont hospitalisation, intervention chirurgicale …) rendues nécessaires par l'urgence vitale de l'enfant.

Date : ……../……/……

Signature du représentant légal de l'enfant :

**cocher la case correspondante*