



République Française
Département du Bas-Rhin
Eurométropole de Strasbourg
Village fleuri ***
Commune nature ***
Village étoilé **
Culture et langue régionales ➔

Mairie de HOLTZHEIM

1 Place de la Mairie
67810 HOLTZHEIM
Tel : 03.88.78.05.84 Fax : 03.88.78.81.89
Courriel : mairie@holtzheim.fr
Site : www.holtzheim.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PHOTO

1. ENFANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :

GARCON : ☐

FILLE : ☐

Activités péri-éducatives HOLTZHEIM ANNEE SCOLAIRE 2026

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles aux intervenants pendant le temps où votre enfant mineur est sous leur surveillance.

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

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

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

Si oui merci de joindre une copie du PAI et une ordonnance récente avec les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance et sans la mise en place d'un PAI.

L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies suivantes** ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aigu		Scarlatine	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Coqueluche		Otitite		Rougeole		Oreillons			
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	non		

ALLERGIES :

Asthme	Oui	Non	Médicamenteuses	Oui	Non
Alimentaires	Oui	Non	Autres :		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes		Des lentilles		Des prothèses auditives		Des prothèses dentaires		Autre : précisez
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	

5. ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET EXTRASCOLAIRE (joindre l'attestation d'assurance)

Compagnie :

N° assurance :

6. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____
ADRESSE : _____
TÉL. FIXE (ET PORTABLE) : _____ DOMICILE : _____ BUREAU : _____

Personne à prévenir autre que les parents :

NOM : PRÉNOM : TÉLÉPHONE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné **responsable légal de l'enfant**
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le
cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues
nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____

Les données collectées sont indispensables à ce traitement et sont destinées aux services de la commune en charge des affaires scolaires. Vos données seront conservées pour une durée d'un an. Nous vous rappelons que vous disposez d'un droit à la portabilité de vos données, de droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition pour motifs légitimes sous réserve des dispositions légales et réglementaires applicables. Vous pouvez prendre contact avec notre délégué à la protection des données personnelles : Contacter la Mairie 1 Place de la Mairie 67810 HOLTZHEIM

En cas de difficulté en lien avec la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou de toute autre autorité compétente (plus d'infos sur www.cnil.fr).