



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

## 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite au terme de l'accueil.

Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

## 2 - VACCINATIONS

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

**Joindre les photocopies du carnet de vaccination !**

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérite          |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite         |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          |                            | BCG                        |       |
| Ou Tétracoq          |                            | Autres (préciser)          |       |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, 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** pendant le séjour ? oui  non

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente et 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 pris sans ordonnance.

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

| RUBEOLE  | VARICELLE  | ANGINE   | OREILLONS  | SCARLATINE   |
|--|--|--|--|--|
| oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE   | OTITE  | ROUGEOLE   | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ  |  |
| oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> |  |

Allergies : ASTHME oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non

**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

\_\_\_\_\_

**En cas de régime alimentaire, précisez :** SANS VIANDE SANS PORC**Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**BAIGNADE :** SAIT NAGER  SE DEBROUILLE  NE SAIT PAS NAGER **Observations diverses :**

---

---

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

## Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Date :

Signature :