



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2024-2025**

Document confidentiel

**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 en 2025. 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)

Venir avec le carnet de santé ou joindre la copie des pages de vaccination.

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 ? 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 type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ                               |   |
| oui <input type="checkbox"/> non <input 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 : -----  
-----

N° téléphone portable : parent 1 -----      parent 2 -----

N° téléphone domicile : -----

N° téléphone 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 : -----

N° de sécurité sociale de l'enfant : -----

Date :

Signature,