



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

Joindre obligatoirement  
la copie du carnet de vaccination

ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs). Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.*

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq		Covid (préciser quel vaccin)	
Haemophilus		Autre (préciser) : .....	
Pneumocoque		Autre (préciser) : .....	

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

**ATTENTION** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : ..... kg ; Taille : ..... cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui  non

L'enfant a-t-il un **PAI** ? oui  non

- **Si oui**, joindre une **ordonnance récente**, le **PAI** 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 AIGÜ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**Allergies :** ALIMENTAIRES oui  non

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

.....

**MEDICAMENTEUSES** oui  non

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

.....

**AUTRES** (animaux, plantes, pollen ...) oui  non

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

.....

- Si oui, joindre un **certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocatoires et la conduite à tenir.**

**ASTHME** oui  non

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

**SANS VIANDE**       **SANS PORC**       **AUTRES (préciser) :** .....

**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.

.....  
.....  
.....

**L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?** OUI  OCCASIONNELLEMENT  NON

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

**S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?** OUI  NON

**Observations diverses :**

.....  
.....  
.....

### 3 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

**Parent 1** : Mère  Père  Autre (préciser)  .....

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

Numéros de téléphone :

Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

---

**Parent 2** : Mère  Père  Autre (préciser)  .....

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

Numéros de téléphone :

Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé 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'assuré(e) :** .....

Date :

Signature :