

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

**2024-2025**

Valable du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin

ENFANT  Garçon  Fille

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° de sécurité sociale (sur lequel l'enfant est inscrit) : .....

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS INDISPENSABLES A LA SECURITÉ DE VOTRE ENFANT**

**1- VACCINATIONS**

Vaccin obligatoire effectué DTP :  oui  non

Date du dernier rappel (à compléter obligatoirement) : .....

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**

Nom du médecin traitant (facultatif) : .....

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 :

<b>RUBEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME  oui  non

MÉDICAMENTEUSES  oui  non

ALIMENTAIRES  oui  non

AUTRES : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

POUR LES ALLERGIES ALIMENTAIRES JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU PAI (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES OU A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

PRÉCISEZ :

#### 4 – RESPONSABLES LEGAUX

NOM : ..... PRÉNOM : .....

En qualité de : Père  Mère  Autre (précisez) : .....

ADRESSE (pendant le séjour) : .....  
..... TÉL. n°1  
: ..... TÉL. n°2 : ..... TÉL. n°3: .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

En qualité de : Père  Mère  Autre (précisez) : .....

ADRESSE (pendant le séjour) : .....  
..... TÉL. n°1  
: ..... TÉL. n°2 : ..... TÉL. n°3: .....

#### 5 – AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

En qualité de (lien avec l'enfant) : .....

ADRESSE (pendant le séjour) : .....  
..... TÉL. n°1  
: ..... TÉL. n°2 : ..... TÉL. n°3: .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

En qualité de (lien avec l'enfant) : .....

ADRESSE (pendant le séjour) : .....  
.....  
TÉL. n°1 : ..... TÉL. n°2 : ..... TÉL. n°3: .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

En qualité de (lien avec l'enfant) : .....

ADRESSE (pendant le séjour) : .....  
.....  
TÉL. n°1 : ..... TÉL. n°2 : ..... TÉL. n°3: .....

*Je soussigné,.....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.*

Date :

Signature :