

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025

*Cette fiche permet de
recueillir des informations
utiles pendant le séjour de
l'enfant ; elle évite de vous
démunir de son carnet de
santé*

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

Médecin traitant :

Nom : _____

Tél : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Date :

Signature :

VACCINS OBLIGATOIRES S POUR TOUS	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS APRÈS LE 1 JANVIER 2018	DATES
Diptérie		Coqueluche	
Tétanos		Hib	
Poliomyélite - DPT		Hépatite B	
		Méningocoque C	
		Pneumocoque	
		Rougeole	
		Oreillons	
		Rubéole	

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.

- **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.

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 :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

Numéros de téléphone :

Responsable n°1 : domicile : portable :

Travail :

Responsable n°2 : 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. Je m'engage également à alerter les organisateurs en cas d'évolution des informations fournies.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AGU	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

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**.
