

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

2025-2026

Valable du 1^{er} 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 SÉCURITÉ 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 :

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

.....
.....



Ados Actions
07 84 46 07 88
william.annonier@lessablesdolonnes.fr
<https://www.lessablesdolonnes.fr/>



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 :