

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 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 :

<u>RUBEOLE</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.

.....

☐ L'enfant a un dossier MDPH

☐ L'enfant bénéficie de l'AEEH

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 :

.....



Ado Sphère
90 rue des Plesses - 85180 Les Sables d'Olonne
02.51.23.41.85
f Jeunesse LSO
adosphere@lessablesdolonnes.fr



santé
famille
retraite
services



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(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.

Date :

Signature :