

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / / GARCON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT, ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

L'enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH oui non

L'enfant suit-il un **traitement médical (PAI)** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre le PAI avec l'**ordonnance** 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 PAI.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui non **VARICELLE** oui non **ANGINE** oui non

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ oui non **SCARLATINE** oui non

COQUELUCHE oui non **OTITE** oui non **ROUGEOLE** oui non

OREILLONS oui non

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPÉRATION, RÉÉDUCATION, HOSPITALISATION) 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, **REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER** ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non occasionnellement

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? oui non

4- RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR

NOM : PRENOM :

ADRESSE (pendant le séjour) :

TELEPHONE DOMICILE : BUREAU :

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU

D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

Signature :