

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐ 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. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.**

La fourniture de ces données vaut accord explicite de votre part pour que nous les conservions à cet usage le temps nécessaire et les communiquions au personnel d'encadrement ou, en cas de besoin, au personnel médical. Nous nous engageons à ne pas transmettre ces données à des tiers sans votre accord. Dans le cadre du Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit ou obtenir communication des informations vous concernant que nous conservons, adressez-vous à l'aumônerie de .....

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |                            | Rubéole oreillons rougeole |       |
| Poliomyélite         |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |                            | BCG                        |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |                            | Autres (préciser)          |       |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccinant-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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?**

| RUBEOLE                                                   | VARICELLE                                                 | ANGINE                                                    | OREILLONS                                                 | SCARLATINE                                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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"/> |
| COQUELUCHE                                                | OTITE                                                     | ROUGEOLE                                                  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ                               |                                                           |
| 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 ☐ **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 particulier, précisez :**

---



---

**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**.

---

---

---

**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 :**

---

---

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : 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 responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature :