

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 2025 – 2026

DOCUMENT CONFIDENTIEL

### 1. L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GENRE : Féminin

Masculin

Cette fiche permet de recueillir des informations de l'enfant, tout en évitant de vous démunir de son carnet de santé

*Stage d'été – Vic-sur-Cère, du 19 au 23 juillet 2026*

**2. VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Vous pouvez nous joindre une photocopie des vaccins.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
				<i>* Les enfants né(e)s à partir de 2018 sont soumis à onze (11) vaccins obligatoires et non plus trois (3)</i>	
Diphtérie				Hépatite B *	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole *	
Poliomyélite				Coqueluche *	
<u>Autres:</u>				Méningocoque C *	
				Pneumocoque *	
				Méningite Hib *	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
**ATTENTION** : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

### 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

- L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON
- L'enfant a-t-il un PAI ?  OUI  NON

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*) **L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBÉOLE			VARICELLE			ANGINE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			SCARLATINE		
OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON	
COQUELUCHE			OTITE			ROUGEOLE			OREILLONS					
OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON				

## L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME			MÉDICAMENTEUSE			ALIMENTAIRE			AUTRES (précisez)		
OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON				

Précisez les causes des allergies et la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

**INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (Maladie, Accident, Crise Convulsive, Hospitalisation, Opération, Rééducation), **en précisant les dates et les précautions à prendre :**

**INDIQUEZ CI-APRÈS : LES REGIMES ALIMENTAIRES**, en précisant les précautions à prendre :

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :** des Lentilles, des Lunettes, des Prothèses Auditives, des Prothèses Dentaires, etc... **PRÉCISEZ :**

## 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. Fix : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du médecin traitant (*facultatif*) \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

Signature :