



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2024 – 2025

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 14 au 18 juillet 2025

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			DATE	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	OUI	NON		* Les enfants né(e)s à partir de 2018 sont soumis à onze (11) vaccins obligatoires et non plus trois (3)	
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.

Fais-le : ____/____/____

A : _____

Signature :