

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026 – 2027

1 – ENFANT

NOM.....

PRÉNOM.....

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. Elle sera détruite en Août 2027. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique 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 non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui non	oui non	oui non	oui	non

Allergies : ASTHME :

ALIMENTAIRES :

MÉDICAMENTEUSES :

AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....

MERCI DE JOINDRE A CE DOSSIER LA COPIE DU CARNET DE SANTE

PAI :

Régime Alimentaire / sans porc :

En cas de régime alimentaire, précisez (sans porc) :

.....
.....

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 directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom : Tél
.....

N° de sécurité sociale de l'enfant :

A : Le,

Signature :

MERCI DE JOINDRE A CE DOSSIER LA COPIE DU CARNET DE SANTE