



Fiche sanitaire de liaison

NOM DU MINEUR _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Garçon ☐

Fille ☐

Cet imprimé est à remplir et A RENVoyer IMPERATIVEMENT A L'ORGANISATEUR.
EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI.

ACTIVITES D'ANNEE ET TOUT SEJOUR 2025 - 2026

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				Autres (préciser)	
				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 administré sans ordonnance.

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

RUBEOLE	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 ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

Précisez

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....
.....

Poids..... Taille

L'enfant mouille-t-il son lit ? ☐ OUI ☐ Occasionnellement ☐ NON

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? ☐ OUI ☐ NON

Consignes particulières

Recommandations utiles des parents

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, COMPORTEMENT DE L'ENFANT, DIFFICULTES DE SOMMEIL, ETC...
PRECISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autorisation de soins médicaux

A remplir par les parents. **En l'absence de ce document votre enfant ne pourra pas être accueilli sur le séjour.**

Je soussigné _____

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____ Tél. portable _____

N° de Sécurité Sociale _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____

N° DE TELEPHONE

MERE domicilePortableTravail.....

PERE domicilePortableTravail.....

NOM et TEL DU MEDECIN TRAITANT : _____

Autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées, ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

NOM _____ Prénom _____

Né(e) le _____ Sexe _____

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

NOM et Prénom _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Pays _____ Tél. portable _____

Code postal _____ Ville _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à _____ le _____

Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")