ANNEE SCOLAIRE 2025/2026





Code de l'Action Sociale et des Familles



FICHE SANITAIRE **DE LIAISON**

1 - ENFANT		
NOM :		
PRÉNOM :		
DATE DE MAISSANI	C.F.	
DATE DE NAISSAN	CE:	
garçon 🗖	FILLE 🗀	

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

Merci de fournir obligatoirement la copie des pages de vaccinations de votre enfant ou un document signé par un professionnel de santé autorisé à pratiquer les vaccinations et attestant de la réalisation des vaccinations obligatoires en fonction de l'âge de votre enfant.

Pour rappel: Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'infection à Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole sont obligatoires chez les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018.

Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, seules les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite étaient obligatoires. Les autres étaient recommandées.

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?						
RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	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 MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES						
•••••		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		

INDIQUEZ CI-A	APRÈS:
LES DIFFICULTÉS	DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,
RÉÉDUCATION) E	N PRÉCISANT LES DATES ET LES précautions à prendre .
•••••	
4 DECOMMA	NIDATIONIC LITTLEC DEC BADENTO
	NDATIONS UTILES DES PARENTS
	orte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc
PRÉCISEZ.	
5 - RESPONSA	BLE DE L'ENFANT
NOM	PRÉNOM
	NT LE SÉJOUR)
ADRESSE (PENDA	NT LE SEJOUR)
	TABLE: DOMESTE
	RTABLE), DOMICILE :
NOM ET TEL. DU	MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)
Je soussigné,	responsable légal de l'enfant , déclare
	ignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
	(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.	
Data .	Signatura .
Date :	Signature :
	A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
	A REMI EIR TAR EE DIRECTEOR A E ATTENTION DES TAMIELES
	COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
OBSERVATIONS	S
•••••	

.....