



|                                                       |                           |                                |
|-------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| <h1>FICHE SANITAIRE DE<br/>LIAISON<br/><br/>2024</h1> | <b>1 - ENFANT</b>         |                                |
|                                                       | NOM : .....               |                                |
|                                                       | PRÉNOM : .....            |                                |
|                                                       | DATE DE NAISSANCE : ..... |                                |
| GARÇON <input type="checkbox"/>                       |                           | FILLE <input type="checkbox"/> |

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR / LES ACTIVITES DE L'ENFANT, ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie             |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Genevac                    |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                            | Méningitec                 |       |
| BCG                  |     |     |                            | Pentavac                   |       |
| Infanrix             |     |     |                            | Prevenar                   |       |
| Engérix              |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| Priorix              |     |     |                            |                            |       |
| Revaxis              |     |     |                            |                            |       |

**Joindre une photocopie des vaccinations.**  
(Obligatoire)

**3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour / les activités ? 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*)

Le traitement sera **remis à l'équipe d'animateurs** au moment du départ

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ... ..

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....  
.....

Père / mère / tuteur : TÉL. FIXE DOMICILE : ..... BUREAU/PORTABLE : .....

Père / mère / tuteur : TÉL. FIXE DOMICILE : ..... BUREAU/PORTABLE : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|---|---|--|---|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|----|---|---|--|---|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|----|---|---|--|---|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|----|---|---|--|---|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|----|---|---|--|---|--|
| <b>RUBÉOLE</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>    | OU |    | NO | N | I |  | N |  | <b>VARICELLE</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table> | OU |  | NO | N | I |  | N |  | <b>ANGINE</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>   | OU |  | NO | N | I |  | N |  | <b>RHUMATISME<br/>ARTICULAIRE<br/>AIGÜ</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table> | OU |  | NO | N | I |  | N |  | <b>SCARLATINE</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table> | OU |  | NO | N | I |  | N |  |
| OU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | NO | N  |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | N  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| OU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | NO | N  |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | N  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| OU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | NO | N  |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | N  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| OU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | NO | N  |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | N  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| OU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | NO | N  |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | N  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| <b>COQUELUCHE</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table> | OU |    | NO | N | I |  | N |  | <b>OTITE</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>     | OU |  | NO | N | I |  | N |  | <b>ROUGEOLE</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table> | OU |  | NO | N | I |  | N |  | <b>OREILLONS</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>                           | OU |  | NO | N | I |  | N |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| OU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | NO | N  |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | N  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| OU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | NO | N  |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | N  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| OU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | NO | N  |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | N  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| OU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | NO | N  |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | N  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |  |    |   |   |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |   |   |  |   |  |

**ALLERGIES**

ASTHME Oui  Non

MEDICAMENTEUSE Oui  Non

AUTRES Oui  Non

ALIMENTAIRES Oui  Non

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

.....

.....

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

**5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

*D'ordre médical (port de lunettes, lentilles de contact, prothèse auditives, dentaires, etc...) :*

.....

.....

*D'ordre général (régime alimentaires spécifique, comportement, etc...) :*

.....

.....

**6 – DIVERS**

Au cas où vous ne seriez vous-même pas joignable pendant la durée des activités / du séjour de votre enfant, pouvez-vous indiquer la/les personne(s) à joindre en cas de problème (nom, adresse et numéro de téléphone).

.....

*Je soussigné ..... 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. Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.*

**Date :**

**Signature :**