

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026</h1>	1 - ENFANT 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Genevac	
Ou Tétracoq				Meningitec	
BCG				Pentavac	
Infanrix				Prevenar	
Engérix				Autres (préciser)	
Priorix					
Revaxis					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

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 ?

RUBÉOLE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OUI</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO N</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	OUI		NO N		VARICELLE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OUI</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO N</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	OUI		NO N		ANGINE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OUI</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO N</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	OUI		NO N		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OUI</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO N</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	OUI		NO N		SCARLATINE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OUI</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NON</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	OUI		NON	
OUI		NO N																						
OUI		NO N																						
OUI		NO N																						
OUI		NO N																						
OUI		NON																						

