

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

Eté 2026

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE CAMP DE L'ENFANT

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Attention il y a 11 vaccins obligatoires pour les enfants nés après le 1^{er} Janvier 2018

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

Poids kg taille cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES:	ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	AUTRES	<input type="text"/>	

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, COMPORTEMENT DE L'ENFANT, DIFFICULTES DE SOMMEIL, ENURESIE NOCTURNE, REGLES ABONDANTES OU IRREGULIERES... PRÉCISEZ

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

L'enfant mouille-t-il son lit ? : non occasionnellement oui

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? : oui non

5 -RESPONSABLE DEL'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE(PENDANT LE SÉJOUR)

<input type="text"/>

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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.

Date :

Signature: