FICHE SANITAIRE DE LIAISON - 2026 -

ENFANT

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

☐ GARCON ☐ FILLE

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2021	OUI	DATES
Diphterie			Coqueluche		
Tétanos			Rubéole Oreillons Rougeole		
Poliomyélite			Hépatite B		
OU DTpolio			Méningocoque C		
OUTetracoq			Pneumocoque		
			Méningite Hib		
			Autre		

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS

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

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI ou 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.

ALLERGIES :

	OUI		OUI		OUI
ASTHME		ALIMENTAIRES		MEDICAMENTEUSES	
Autres:					

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

En cas de régime alimentaire; Précisez :

☐ **SANS PORC**
☐ **SANS VIANDE**
☐ **Régime alimentaire lié à une maladie**

Précisez:

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Existe-t-il un P.A.I (projet d'accueil individualisé)

☐ OUI joindre le procotocole et toutes informations utiles. ☐ NON

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

Précisez:

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t'il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ect...

Précisez:

Observations diverses:

Précisez:

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM: PRENOM:

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR):

Numéros de téléphone

Représentant légal 1 : Portable : Domicile: Travail:

Représentant légal 2: Portable : Domicile: Travail:

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.

Médecin traitant

Nom: Tèl:

N° de sécurité sociale de l'enfant:

Date: Signature: