



N° 10008\*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

## L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... GARÇON ☐ FILLE ☐

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

### 1- 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

### 2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH oui ☐ non ☐

L'enfant suit-il un **traitement médical (PAI)** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre le PAI avec l'ordonnance 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 PAI.

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

RUBÉOLE oui ☐ non ☐ VARICELLE oui ☐ non ☐ ANGINE oui ☐ non ☐

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui ☐ non ☐ SCARLATINE oui ☐ non ☐

COQUELUCHE oui ☐ non ☐ OTITE oui ☐ non ☐ ROUGEOLE oui ☐ non ☐

OREILLONS oui ☐ non ☐

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

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

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, **REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER** ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui ☐ non ☐ occasionnellement ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui ☐ non ☐

### 4- RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE (pendant le séjour) :

TELEPHONE DOMICILE : ..... BUREAU : .....

N° SÉCURITÉ SOCIALE : .....

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : ☐ DE LA CMU

☐ D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : .....

Signature :