



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
MINISTÈRE  
DE LA JEUNESSE,  
DES SPORTS  
ET DE LA  
VIE ASSOCIATIVE

**cerfa**

N° 10008\*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025

**Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination**

## L'ENFANT

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

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... GARCON  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
Diphthérite				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 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui  non  VARICELLE oui  non  ANGINE oui  non RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ 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 REGLEE ? 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 :