

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026-2027

Document confidentiel

NOM :

PRÉNOM :

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. Elle sera détruite en 2027. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATIONS (copie du carnet de santé)

Fournir un certificat médical attestant que l'enfant est à jour des vaccinations obligatoires.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

4 – ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

En cas de **régime alimentaire**, précisez : ☐ SANS VIANDE

☐ SANS PORC

Indiquez ci-après :

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

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires
Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER ☐

SE DEBROUILLE ☐

NE SAIT PAS NAGER ☐

Observations diverses :

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de
l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom : _____

Tél : _____

Date :

Signature,