



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2025/2026**

1 – ENFANT

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 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - **VACCINATIONS** (seréféré au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

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.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? 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 repris sans ordonnance.

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | OREILLONS | SCARLATINE |
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | |
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |

Allergies: ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES _____

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

Encasderégimealimentaire,précisez:

SANSVIANDE

SANSPORC

Indiquezci-après:

Les **difficultés de santé** (maladie, accident,comportementparticulier,crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)enprécisantlesdatesetles**précautions àprendre**.

Recommandationsutilesdesparents:

Votreenfantporte-t-ildeslunettes,deslentilles,desprothèsesauditives,desprothèsesdentaires,etc.Précisez.

BAIGNADE:SAITNAGER

SEDEBROUILLE

NESAITPASNAGER

Observationsdiverses:

4 -RESPONSABLEDE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numérosdetéléphone:

Mère :domicile: _____ portable: _____ travail: _____

_____ Père:domicile: _____ portable: _____

_____ travail: _____

Jesousigné(e), _____ responsablelégalde l'enfant, déclareexact lesrenseignements portés surcette ficheetautoriseleresponsable duséjouràprendre,le caséchéant, toutesmesures(traitementmédical,hospitalisation,interventionchirurgicale)renduesnécessairesparl'étatde l'enfant.J'autoriseégalement, _____ sinécessaire,ledirecteurduséjouràfaresortirmonenfantdel'hôpitalaprèsune hospitalisation.

Médecintraitant:

Nom: _____ Tél: _____

N°desécuritésozialede l'enfant: _____

Date:

Signature: