

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant qui aura lieu du au 2026 à

Les enfants non-licenciés durant la saison 2025/2026 devront, en plus de cette fiche, fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Football ou du Handball ou de la Danse datant de moins de 6 mois.

ENFANT

Garçon ☐

Fille ☐

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Taille : _____ Poids : _____

Nom et téléphone de votre médecin traitant :

VACCINATION

(à remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Antipoliomyélitique – Antidiphtérique – Antitétanique - Anticoqueluche		
Précisez s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
Du DT POLIO		
Du DT COQ		
Du Tétracoq		
Hépatite B		

Antituberculeux (BCG)		Antivariolique		Autres vaccins	
	Dates		Dates		Dates
1 ^{er} vaccin		1 ^{er} vaccin			
Revaccination		Revaccination			

Si l'enfant n'est pas vacciné, précisez la raison :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

Rubéole : ☐ Varicelle : ☐ Angine : ☐ Rhumatisme : ☐
Scarlatine : ☐ Coqueluche : ☐ Otites : ☐ Asthme : ☐
Rougeole : ☐ Oreillons : ☐

Allergies :

Asthme : ☐ Alimentaire : ☐ Médicamenteuses : ☐

Précisez la cause et la conduite à tenir (*si automédication le signaler*) :



PROBLEMES DE SANTE SURVENUS À L'ENFANT :

(Maladie, Accidents, Crises convulsives, Allergies, Hospitalisations, Opérations, rééducations ...).

Précisez les dates et les précautions à prendre.

NATURE	DATES

TRAITEMENT :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement médical : ☐ Non ☐ Oui

Si oui lequel ? _____

(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

REGIME ALIMENTAIRE :

☐ Aucun ☐ Régime sans porc ☐ Régime sans viande ☐ Autre : _____

(Pour information : il ne sera pas servi de viande halal sur le centre)

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire, etc.

Précisez :

L'enfant mouille-t-il son lit ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Occasionnellement

Si oui ou occasionnel, prévoir une alèze plastifiée.

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse (pendant le séjour) : _____

N° téléphone : _____ ou _____ ou _____

N° Sécurité Sociale : _____

Adresse du centre payeur : _____

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.

Date :

Signature :