



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1/ **ENFANT** NOM :  
PRÉNOM :

NÉ(E) LE :  
GENRE :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.  
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

## 2/ VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou Revaxis		Hépatite B	
Ou autres		Autres	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

## 3/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### a/ Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires :  OUI  NON

Précisez à quoi : .....

Allergies médicamenteuses :  OUI  NON

Précisez à quoi : .....

Autres allergies :  OUI  NON

Précisez à quoi : .....

Asthme :  OUI  NON

Diabète :  OUI  NON

Epilepsie :  OUI  NON

Autres :  OUI  NON Précisez : .....

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

### b/ Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage marqué au Nom et Prénom du mineur, avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être donné sans l'ordonnance.**

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé ( maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre.

## 4/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

## 5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et tél. du Médecin traitant (facultatif) : .....

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 du mineur. Date : ..... Signature :