



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 - 2026

Document confidentiel

NOM DU·DE LA MINEUR·E :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXÉ : F M AUTRE

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

VACCINS OBLIGATOIRES

OUI NON DATE DU DERNIER RAPPEL

Diphthérie

Tétanos

Poliomyélite

VACCINS RECOMMANDÉS

DATE

Coqueluche

Haemophilus

Rubéole-Oreillons-Rougeole

Hépatite B

Pneumocoque

BCG

Autres (précisez)

SI LE·LA MINEUR·E N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES,
JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE·LA MINEUR·E

Poids :

Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il·elle 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES

ALIMENTAIRES : OUI NON Précisez

MÉDICAMENTEUSES : OUI NON Précisez

AUTRES : OUI NON Précisez

(animaux, plantes, pollens...)

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

Le·la mineur·e présente-t-il·elle un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

OUI NON

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne...

4. RESPONSABLE DU·DE LA MINEUR·E

NOM :

PRÉNOM :

Adresse postale :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Téléphone portable :

Nom et téléphone du·de la médecin traitant·e :

Je soussigné·e , responsable légal·e du·de la mineur·e, déclare exactes les informations portées sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature (*version électronique : notez votre nom / prénom*)

Le :

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS ET À RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SÉJOUR

COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR :

OBSERVATIONS :