



## 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

DATE

#### VACCINS RECOMMANDÉS

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 L'ESPACE JEUNES ET À RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SÉJOUR  
COORDONNÉES DE  
L'ORGANISATION DU SÉJOUR :

OBSERVATIONS :