MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DU SPORT

Code de l'Action Sociale et des Familles

D.D.J.S

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2024 – 2025

DOCUMENT CONFIDENTIEL

1. L'ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____/_____/_____

GENRE : Féminin ☐ Masculin ☐

Stage d'été de Château Neuf de Galaure, du 07 au 11 juillet 2025

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES 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). Vous pouvez nous joindre une photocopie des vaccins.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE	VACCINS RECOMMANDÉS * Les enfants né(e)s à partir de 2018 sont soumis à onze (11) vaccins obligatoires et non plus trois (3)	DATES
Diphtérie				Hépatite B *	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole *	
Poliomyélite				Coqueluche *	
				Méningocoque C *	
				Pneumocoque *	
				Méningite Hib *	
				Autres:	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE IMPERATIVEMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance
- L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐
- L'enfant a-t-il un PAI ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, **le PAI** et les **médicaments** correspondants *(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)*

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRE OUI ☐ NON ☐ AUTRES _____

Précisez les causes des allergies et la conduite à tenir : _____

_____

_____

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, Accident, Crise Convulsive, Hospitalisation, Opération, Rééducation), **en précisant les dates 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 : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ COMMUNE : _____

Tél. Portable : _____/___/_____/_____/_____ Tél. Fix : _____/_____/_____/_____/_____

Nom du médecin traitant *(facultatif)* _____ Tél. : _____/_____/_____/_____/_____

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fais-le : _____/_____/_____

A : _____

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (en cas de séjour) A L'ATTENTION DES FAMILLES :

_____

_____

_____

_____