

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 – 2026

DOCUMENT CONFIDENTIEL

### 1. L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GENRE : Féminin ☐ Masculin ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations de l'enfant, tout en évitant de vous démunir de son carnet de santé

Stage d'été – Châteauneuf de Galaure, du 06 au 10 juillet 2026

**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 <small>* Les enfants né(e)s à partir de 2018 sont soumis à onze (11) vaccins obligatoires et non plus trois (3)</small>	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B *	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole *	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche *	
Autres:				Méningocoque C *	
				Pneumocoque *	
				Méningite Hib *	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE IMPÉRATIVEMENT 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME	MÉDICAMENTEUSE	ALIMENTAIRE	AUTRES (précisez)
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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 :**

---

---

---

---

**INDIQUEZ CI-APRÈS : LES REGIMES ALIMENTAIRES, en précisant 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 et complets les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fais-le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_2026\_

A : \_\_\_\_\_

Signature :