

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon : ☐ Fille : ☐

Année 2026-2027

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

2. VACCINATIONS (obligatoire)

Fournir la copie du carnet de vaccination ou à défaut, remplir le tableau ci-dessous en se référant au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant

VACCINS OBLIGATOIRES				VACCINS RECOMMANDES	
	OUI	NON	Dates des derniers rappels		Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il 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 pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole : oui – non

Otite : oui – non

Varicelle : oui – non

Rougeole : oui – non

Angine : oui - non

Rhumatisme articulaire aigu : oui – non

Coqueluche : oui – non

Scarlatine : oui – non

ALLERGIES :

Asthme : oui – non

Alimentaires : oui – non

Médicamenteuses : oui – non

Autres :

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

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, 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 – PRENOM :

Adresse (pendant le séjour) :

.....

Tél..... Portable Travail.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Je, soussigné(e), ..., 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 de l'enfant.

Le

Signature

Pour tout renseignement :

MAIRIE

1 place de l'Eglise

21530 ROUVRAY

TEL : 03.80.64.72.42

mairiederouvray21@wanadoo.fr