

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant qui aura lieu du ..... au ..... 2025 à .....*

*Les enfants non-licenciés durant la saison 2024/2025 devront, en plus de cette fiche, fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Football ou du Handball ou de la Danse datant de moins de 6 mois.*

## ENFANT

Garçon

Fille

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

**Nom et téléphone de votre médecin traitant :**

\_\_\_\_\_

## VACCINATION

(à remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Antipoliomyélitique – Antidiphtérique – Antitétanique - Anticoqueluche		
Précisez s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
Du DT POLIO		
Du DT COQ		
Du Tétracoq		
Hépatite B		

Antituberculeux (BCG)		Antivariolique		Autres vaccins	
	Dates		Dates		Dates
1 <sup>er</sup> vaccin		1 <sup>er</sup> vaccin			
Revaccination		Revaccination			

Si l'enfant n'est pas vacciné, précisez la raison :

\_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

Rubéole :  Varicelle :  Angine :  Rhumatisme :

Scarlatine :  Coqueluche :  Otites :  Asthme :

Rougeole :  Oreillons :

**Allergies :**

Asthme :  Alimentaire :  Médicamenteuses :

Précisez la cause et la conduite à tenir (*si automédication le signaler*) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**PROBLEMES DE SANTE SURVENUS À L'ENFANT :**

(Maladie, Accidents, Crises convulsives, Allergies, Hospitalisations, Opérations, rééducations ...).  
Précisez les dates et les précautions à prendre.

NATURE	DATES

**TRAITEMENT :**

Actuellement l'enfant suit-il un traitement médical :  Non  Oui

Si oui lequel ? \_\_\_\_\_

*(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine avec la notice)*

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

**REGIME ALIMENTAIRE :**

Aucun  Régime sans porc  Régime sans viande  Autre : \_\_\_\_\_

(Pour information : il ne sera pas servi de viande halal sur le centre)

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire, etc.  
Précisez :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant mouille-t-il son lit ?  Non  Oui  Occasionnellement

Si oui ou occasionnel, prévoir une alèze plastifiée.

**RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Adresse du centre payeur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Je soussigné ....., 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.*

Date :

Signature :