



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE ET PEUT ETRE UTILISEE EN CAS D'URGENCE.

1 – RENSEIGNEMENTS

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (si différente du resp 1):

.....

TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

2 – MEDECIN

Nom du médecin qui suit l'enfant :

Tel. du cabinet :

3 – VACCINATIONS

Photocopie des vaccins à joindre **obligatoirement.**

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indications

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant dispose-t-il d'un PAI ? oui non

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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)

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

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

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

6 – RECOMMANDATIONS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES... OU A-T-IL D'AUTRES SOUCIS DE SANTE :

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

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 :