



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé- elle sera détruite en fin de séjour.

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : 28 février au 8 mars 2026 / 173 chemin de l'Otal 73590 CREST-VOLAND

1 - ENFANT

NOM : PRÉNOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

GARÇON

FILLE

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ; les photocopies de ces documents ne sont pas nécessaires)

- Diphtérie Tétanos Polio coqueluche date dernier rappel : ... / ... /
 - Hépatite B date dernier rappel : ... / ... /
 - Rougeole- Rubéole Oreillons date dernier rappel : ... / ... /

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (Diphthérie-Tétanos-Polio), joindre un certificat médical de contre-indication

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Votre 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*). Pour des raisons de sécurité aucun médicament ne peut être conservé par votre enfant sans l'accord de l'assistant sanitaire du séjour. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- votre enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes (entourez les maladies concernées) ?

ASTHME, RHINITE ALERGIQUE, VARICELLE, COQUELUCHE, ROUGEOLE, OREILLONS

- ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

Précisez la cause de l'Allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler). Pour les allergies alimentaires, seules sont prises en compte les allergies médicalement documentées (à ne pas confondre avec les goûts alimentaires) :

-Votre enfant a-t-il des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, fragilité articulaire, rééducation, énurésie, règles douloureuses ...). Si oui, précisez la nature et les **précautions à prendre** :

4 - autres recommandations utiles de votre part concernant votre enfant (Votre enfant porte-t-il des LENTILLES, des LUNETTES, des PROTHÈSES AUDITIVES, des PROTHÈSES DENTAIRES, etc.) précisez

NOM PRÉNOM

ADRESSE (pendant le séjour si différente de l'adresse habituelle)

TÉL. FIXE (ET PORTABLE) DOMICILE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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 medical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
J'autorise l'assistant sanitaire du séjour à donner du paracétamol en cas de douleur et à utiliser des pommades contre les petits traumatismes de la vie courante (contusion, hématome...).*

Data

Signature :