



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026 - 2027

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

I . ENFANT

NOM : PRENOM :

SEXE

GARCON

FILLE

 DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

| | | |
|------------------------|-------------------|----------------|
| Précisez s'il s'agit : | VACCINS PRATIQUES | DATES |
| Du DT polio | | ____/____/____ |
| Du DT coq | | ____/____/____ |
| Du Tétracoq | | ____/____/____ |
| D'une prise polio | RAPPELS | ____/____/____ |

| | | |
|------------------------|------------------------|----------------|
| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | ANTIVARIOLIQUE | AUTRES VACCINS |
| 1 ^{er} VACCIN | VACCIN | VACCINS |
| REVACCINATION | 1 ^{er} RAPPEL | DATES |

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

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

| | | | | |
|------------|-----------|---------|-------------|------------|
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINES | RHUMATISMES | SCARLATINE |
| non oui | non oui | non oui | non oui | non oui |
| COQUELUCHE | OTITES | ASTHME | ROUGEOLE | OREILLONS |
| non oui | non oui | non oui | non oui | non oui |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

.....

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?

non

oui

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

.....

N° DE S.S.

.....

 N° DE TEL

.....

 DOMICILE

.....

 BUREAU

.....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE :