



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
BRIANCE-COMBADE

MINISTÈRE 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 :
	SEXЕ <input type="checkbox"/> GARCON <input type="checkbox"/> 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)	ANTIVARIOLOGIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS
1 ^{er} VACCIN	/ /	/ /
REVACCINATION	/ /	1 ^{er} RAPPEL	/ /

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
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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 SUIT-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 :