

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2025-2026

1- **ENFANT** : NOM : PRENOM :
 Date de naissance :/...../.....

2- **VACCINATIONS :**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	dates der derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DTPolio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication
 Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication

3- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT** : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">RUBEOLE</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	RUBEOLE	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">VARICELLE</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	VARICELLE	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">ANGINES</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ANGINES	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">RHUMATISMES</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	RHUMATISMES	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">SCARLATINE</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SCARLATINE	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
RUBEOLE														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
VARICELLE														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
ANGINES														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
RHUMATISMES														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
SCARLATINE														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">COQUELUCHE</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	COQUELUCHE	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">OTITES</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	OTITES	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">ASTHME</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ASTHME	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">ROUGEOLE</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ROUGEOLE	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">OREILLONS</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	OREILLONS	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
OTITES														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
ASTHME														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
ROUGEOLE														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
OREILLONS														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, N'oubliez pas de cocher l'autorisation parentale sur le dossier et de joindre l'ordonnance aux médicaments. Aucun traitement médical ne pourra être administré à l'enfant sans ordonnance et sans autorisation écrite.

4- **ALLERGIES :**

L'enfant a-t-il des allergies ? OUI NON

Si oui, lesquelles:

.....

Merci de préciser la conduite à tenir en cas de réaction allergique :

.....

5- **REGIME ALIMENTAIRE :**

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON

Si oui, lequel:

6- **PAI :**

L'enfant a-t-il un PAI? (La photocopie du PAI et les médicaments sont indispensables) OUI NON

Merci de préciser la conduite à tenir pour ce PAI :

.....

7- **AUTORISATION D'INTERVENTION :**

Je soussigné (e), Madame, Monsieur,habitant à 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, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :