

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2023-2024****1 - ENFANT**

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE 

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs). Elle sera détruite en 2024. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.*

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

**Allergies:**    **ASTHME** oui  non     **ALIMENTAIRES** oui  non     **MEDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir.

---

---

**Indiquez ci-après:**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du catéchisme à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable du catéchisme à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature: