

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 2024/2025

DOCUMENT CONFIDENTIEL

### L'ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

Date du séjour : du.....au .....

### 1 - VACCINATIONS : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3). Pour rappel :

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDÉS Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018
Diphtérie	Hépatite B *
Tétanos	Rubéole-Oreillons-Rougeole*
Poliomyélite	Coqueluche*
	Méningocoque C*
	Pneumocoque *
	Méningite Hib*
	Autres :

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

### 2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant sa présence au Rocher ? Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance valable au moment du séjour.**

**ALLERGIES :** MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON

AUTRES : (insecte, pollen, acariens...) .....

**Précisez la cause et la réaction de l'allergie**

.....  
.....

**Conduite à tenir + joindre un certificat médical**

.....  
.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé : maladie chronique (diabète, asthme...), crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation... oui non. Si oui, merci de le préciser en indiquant les précautions à prendre.

.....  
.....  
.....

**Nom et tél. du médecin traitant :** .....

### 3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, troubles alimentaires, PAI (projet d'accueil individualisé) etc..

.....  
.....

L'enfant mouille-t-il son lit ? .....

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? .....

**Autres recommandations utiles :**

.....  
.....

### 4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

**Père :** NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE.....

TEL PORTABLE et/ou DOMICILE : .....: TEL TRAVAIL .....

**Mère :** NOM : .....PRÉNOM : .....

ADRESSE (si différente) :.....

TEL PORTABLE et/ou DOMICILE : .....TEL TRAVAIL .....

**Je soussigné(e),** .....  
**responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**

**Je certifie que l'enfant a une assurance responsabilité civile et/ou une assurance extrascolaire qui le protège en cas d'accident causé ou subi par un tiers.**

***J'autorise les animateurs à véhiculer mon enfant en cas de nécessité.***

Date et signature :

---

### 5 -DELEGATION PARENTALE

Si l'enfant est sous la responsabilité d'un autre adulte pendant la semaine (grands-parents, parrain, marraine, fratrie...), merci de remplir et signer la délégation ci-dessous :

**J'autorise la personne nommée ci-dessous à prendre toutes les décisions médicales nécessaires à la santé de notre (nos) enfant(s) pendant la semaine :**

NOM : .....PRÉNOM.....

Lien de famille avec l'enfant .....

TEL PORTABLE : .....

Signature :