

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

Cette fiche permet de recueillir des informations sur le participant, utiles aux animateurs et aux médecins. Elle évite de vous démunir du carnet de santé mais elle est obligatoire pour tout accueil de mineur.

**NOM du participant :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

Garçon

Fille

**Nom et prénom du Responsable :** .....

**Adresse complète :** .....

**Téléphone fixe et portable du domicile, du travail :** .....

**Médecin traitant (Nom, Ville et Tél) :** .....

**Mutuelle :** ..... **N° Mutuelle :** .....

**Numéro de Sécurité Sociale :**

Si CMU, photocopie de la carte vitale et de l'attestation CMU où l'enfant apparaît.

### VACCINATIONS

- Fournir **obligatoirement** l'attestation de mise à jour des vaccinations fournie par votre médecin traitant ou la copie du carnet de santé.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR LE PARTICIPANT

Le participant suit-il un traitement médical :  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)

Le participant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les maladies concernées) :

- |                                     |                                    |                                   |                                     |                                     |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole    | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angine   | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Otite     | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Oreillons  |                                     |

### ALLERGIES

Asthme :  oui  non

Alimentaire :  oui  non

Médicamenteuse :  oui  non

Autres : .....

**CAUSE DE L'ALLERGIE ET CONDUITE A TENIR** (si automédication, le signaler) :

.....  
 .....

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (Maladie, accident, crises, opérations, rééducation...) Précisez dates et précautions à prendre :

.....  
 .....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (Lunettes, lentilles, prothèse dentaires...précisez)

.....  
 .....

**Type de repas** :  Sans porc  Végétarien  Autres (précisez) : .....

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

**Date :**

**Signature :**