

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
En accueil collectif de mineurs

A remplir par les parents ou responsables légaux  
**Document non confidentiel qui suit l'enfant dans toutes ses activités**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  G   
Nom et adresse du représentant légal : \_\_\_\_\_

Adresse du représentant légal pendant le séjour si différente : \_\_\_\_\_

N° tel du domicile : \_\_\_\_\_  
N° portable Mr : \_\_\_\_\_  
N° portable Mme : \_\_\_\_\_  
N° tel du travail du père : \_\_\_\_\_  
N° tel du travail de la mère : \_\_\_\_\_  
Nom et n° de la personne susceptible de vous prévenir rapidement en cas d'urgence : \_\_\_\_\_  
Statut (parents, grands-parents, tante, oncle, amis...) : \_\_\_\_\_

Informations utiles des parents : \_\_\_\_\_  
Mère enfant parle : \_\_\_\_\_  
 Yes lunettes ou lentilles  Des aérateurs translymphoniques (ou « yo-yo »)  
 Yes prothèses dentaires  Des prothèses auditives  
Autres appareils : \_\_\_\_\_  
Coordonnées du médecin traitant de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
N° tel : \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES** (Diphthérie, Tétanos, Polioomyélite)  
Fournir un certificat de vaccinations ou une copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant  
**VACCINATIONS RECOMMANDÉES** (BCG, Rougeole, Oreillons, rubéoles, Coqueluche, Hépatite B)

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant le nom et prénom de l'enfant et la mention « secret médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

**Antécédents médicaux et chirurgicaux** Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour comme les allergies alimentaires, les allergies médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux...) ou une opération chirurgicale récente : \_\_\_\_\_

Les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

**Maladies en cours** Aigues ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des repercussions sur le déroulement du séjour comme le diabète, asthme, convulsions...  
Reperçussions sur le déroulement du séjour comme le diabète, asthme, convulsions...  
\_\_\_\_\_

Les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence, nous soussignés**

Autorisons la personne responsable de l'accueil, à orienter et à faire transporter notre enfant accidenté ou malade, par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté.  
Autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.  
Autorisons en notre absence, la personne responsable de l'accueil, à accompagner notre enfant sortant de l'hôpital

Autorisons la personne responsable de l'accueil à donner à notre enfant les médicaments prescrits par le médecin appelé pendant l'accueil.

Date : \_\_\_\_\_ Nom et signature du responsable légal : \_\_\_\_\_