



Année scolaire 2025-2026

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

GARCON :

☐

FILLE :

☐

Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs.

DATES ET LIEU DE L'ACCUEIL :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.

1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU INFORMATIONS RELATIVES A LEURS CONTRE-INDICATIONS :

Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

Alimentaires :	oui	non
Médicamenteuses :	oui	non
Autres :	oui	non
lesquelles :		

DIABETE :

oui	non
-----	-----

ASTHME :

oui	non
-----	-----

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES (se référer au projet d'accueil individualisé si existant) :

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

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

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM PRENOM

ADRESSE (pendant le séjour)
.....
.....

Tél. fixe (et portable), domicile : bureau
Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)

En cas d'urgence :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (TRICE) A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur de l'accueil

Centre de loisirs de Verrières
40 rue de la République - Place René Renault
10390 VERRIERES
03-25-41-87-89

OBSERVATIONS

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