

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (confidentiel)

## 1- ELEVE

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Garçon

Fille



Classe :

ETABLISSEMENT : COLLEGE LA SALLE-NOTRE-DAME DE LA GARE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : Du 9 au 11 septembre 2026 – Mandres les Roses 94520

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. MERCI DE REMPLIR SCRUPULEUSEMENT CETTE FICHE, PUIS DE LA REMETTRE RAPIDEMENT A L'ENSEIGNANT. LES INFORMATIONS CONFIDENTIELLES QU'ELLE CONTIENT SONT DESTINÉES UNIQUEMENT AU RESPONSABLE ET, LE CAS ÉCHEANT, AUX SERVICES MÉDICAUX.

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

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.

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>OU</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td></td><td>N</td><td></td></tr> </table>	OU		NO		I		N		VARICELLE <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>OU</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td></td><td>N</td><td></td></tr> </table>	OU		NO		I		N		ANGINE <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>OU</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td></td><td>N</td><td></td></tr> </table>	OU		NO		I		N		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>OU</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td></td><td>N</td><td></td></tr> </table>	OU		NO		I		N		SCARLATINE <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>OU</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td></td><td>N</td><td></td></tr> </table>	OU		NO		I		N	
OU		NO																																										
I		N																																										
OU		NO																																										
I		N																																										
OU		NO																																										
I		N																																										
OU		NO																																										
I		N																																										
OU		NO																																										
I		N																																										
COQUELUCHE <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>OU</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td></td><td>N</td><td></td></tr> </table>	OU		NO		I		N		OTITE <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>OU</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td></td><td>N</td><td></td></tr> </table>	OU		NO		I		N		ROUGEOLE <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>OU</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td></td><td>N</td><td></td></tr> </table>	OU		NO		I		N		OREILLONS <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>OU</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td></td><td>N</td><td></td></tr> </table>	OU		NO		I		N										
OU		NO																																										
I		N																																										
OU		NO																																										
I		N																																										
OU		NO																																										
I		N																																										
OU		NO																																										
I		N																																										

Asthme

OUI  NON

Allergie médicamenteuses

OUI  NON

Allergie alimentaire

OUI  NON

Autres \_\_\_\_\_

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

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

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

.....  
.....

## 5 - RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

- **ALLERGIES ALIMENTAIRES, précisez :** .....
- **AUTRES :** .....

## 6 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM .....	NOM .....
ADRESSE .....	ADRESSE .....
.....	.....
TÉL. MOBILE : .....	TÉL. MOBILE : .....
DOMICILE : .....	DOMICILE : .....
BUREAU : .....	BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

*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 mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale en cas de pronostic vital engagé) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature des responsables légaux :

