

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT
CONFIDENTIEL

mise à jour
09/2025

Joindre obligatoirement la **copie** du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :
PRÉNOM :
Date de naissance : / /
Sexe : ☐ Garçon / ☐ Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant pendant les activités ou séjours organisés par la FDMJC d'ALSACE (arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs). Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

1. VACCINATION (se référer et joindre une copie du carnet de santé et/ou certificats de vaccination et/ou de contre-indication vaccinale)

VACCINS OBLIGATOIRES*

Vaccins	Oui	Non	Derniers rappels	Vaccins	Oui	Non	Dates
Diphtérie*				Coqueluche			
Tétanos*				Haemophilus type B			
DT Polio*				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
				Hépatite B			
				Pneumocoque			
				Méningocoque			

* **L'obligation vaccinale pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018 porte uniquement sur 3 vaccins : Diphtérie, Tétanos, DT Poliomyélite. Pour les enfants nés après cette date, l'obligation porte bien sur l'ensemble des autres pathologies.**

VACCINS RECOMMANDÉS / AUTRES :

BCG			
Autre :			

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

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

Suit-il un traitement médical ? ☐ 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 administré sans ordonnance.***

Suit-il un régime alimentaire ? ☐ Oui / ☐ Non

Si oui : ☐ Végétarien / ☐ Sans porc / ☐ Autre :

A-t-il déjà eu les ALLERGIES suivantes ? (informations facultatives mais recommandées pour une meilleure prise en charge de votre enfant)		
Alimentaires	☐ Oui	☐ Non
Médicamenteuses	☐ Oui	☐ Non
Autres (animaux, plantes, pollen...)	☐ Oui	☐ Non
Asthme	☐ Oui	☐ Non
Crème solaire	☐ Oui	☐ Non
Anti-moustique	☐ Oui	☐ Non

Indiquez les problèmes de santé particuliers qui nécessitent la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter :

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

Allergies : Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

A-t-il déjà eu les MALADIES suivantes ?

(informations facultatives mais recommandées pour une meilleure prise en charge de votre enfant)

Rubéole	☐ Oui	☐ Non	Otite	☐ Oui	☐ Non
Varicelle	☐ Oui	☐ Non	Rougeole	☐ Oui	☐ Non
Angine	☐ Oui	☐ Non	Oreillons	☐ Oui	☐ Non
Coqueluche	☐ Oui	☐ Non	Scarlatine	☐ Oui	☐ Non
Rhumatisme articulaire aigu	☐ Oui	☐ Non			

3. RENSEIGNEMENTS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc... :

Votre enfant présente-t-il un **handicap nécessitant une prise en charge particulière** ou une adaptation des conditions d'accueil ? ☐ Oui / ☐ Non

Si oui merci de préciser les mesures de prise en charge ou d'adaptation retenue :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un **plan d'accueil individualisé (PAI)** ? ☐ Oui / ☐ Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un **projet personnalisé de scolarisation (PPS)** ? ☐ Oui / ☐ Non

4. LE(S) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : Prénom :

ADRESSE :

Tél en cas d'urgence : Autre Tel :

Responsable N°2 : NOM : Prénom :

ADRESSE :

Tél en cas d'urgence : Autre Tel :

NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT :

Je, soussigné(e), 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) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :