

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI- APRES :

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, des aérateurs transtympaniques (ou yo-yo), etc...

Précisez.....

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Nom de l'enfant si différent :

Adresse (pendant le séjour)

Adresse Email : (EN MAJUSCULE)

N° d'allocataire CAF :

N° de sécurité sociale :

Nom du médecin traitant : Docteur.....

Tél. domicile :

Tél. portable :(mère)(père)

Tél. travail :(mère)(père)

Tél. Grands parents :

Tél. Nourrice (ou autre) :

L'enfant peut partir seul après les activités oui ☐ non ☐

L'enfant sait-il nager ? oui ☐ non ☐

J'autorise que mon enfant soit photographié oui ☐ non ☐

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, autorise mon enfant à participer aux activités proposées par l'école multiactivités des Jeunesses Sportives de Coulaïnes pour la saison 2026-2027 et les vacances d'été juillet et août 2027 et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

En cas d'urgence, nous soussignés,

- Autorisons la personne responsable de l'accueil, à orienter et 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.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur saison 2026-2027.

☐ Dans le cadre de la loi RGPD (données personnelles), en complétant ce formulaire d'inscription, j'accepte que les informations saisies soient exploitées à des fins de gestion du Club Omnisports des JS Coulaïnes

Date :

Signature :