



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT
CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

mise à jour
09/2025

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
Diphthérie*				Coqueluche			
Tétanos*				Haemophilus type B			
DT Polio*				Rubéole-Oreillons-Rougeole			

* L'obligation vaccinale pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018 porte uniquement sur 3 vaccins : Diphthérie, Tétanos, DT Poliomyélite.

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 ?

Asthme	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Alimentaires	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Médicamenteuses	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Crème solaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Anti-moustique	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Autres (animaux, plantes, pollen...)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

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 ?

Rubéole	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Otite	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Varicelle	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Rougeole	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Angine	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Oreillons	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Coqueluche	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Scarlatine	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> 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 :

N° de sécurité social* :

(*du parent auquel l'enfant est rattaché, ou du mineur de +16 ans)

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 :