



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Ecole VTT « Les Déjantés du Massif d'Uchaux »

Séjour de fin d'année 7-8-9 juin 2025 – Méjannes le Clap

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI
 POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE VOTRE ENFANT.
 ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

I. **ENFANT** NOM : PRÉNOM :
 SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE :/...../.....

II. **VACCINATIONS** *Remplir à partir du carnet de santé, ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé : 3 pages (pages 65 à 67 sur les modèles de carnets récents).*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTHÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHE

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
<i>Précisez s'il s'agit :</i> du DT polio du DT coq du Tétra coq d'une prise polio Hépatite B		/ /
		/ /
		/ /
		/ /
	RAPPELS	

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
DATES	DATES	VACCINS PRATIQUÉS DATES
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,
 POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		/ /
		/ /

III. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?

NON

OUI

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

Coordonnées et numéro de
téléphone du médecin traitant.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM :

PRÉNOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour)

N° DE TÉL.	DOMICILE	PORTABLE DE :	PORTABLE DE :	BUREAU

N° DE SECURITE SOCIALE

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Assurance / Mutuelle : Indiquer les références (compagnie et n° de contrat) de l'assurance responsabilité civile qui couvre l'enfant et de la mutuelle complémentaire des parents.

Assurance R.C. :

Mutuelle :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

Signature :

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Centre sportif départemental
Chem. des Sports,
30430 Méjannes-le-Clap

Cachet de l'Organisme



ARRIVÉE le : **Samedi 7 juin 2025**

DÉPART le : **Lundi 9 juin 2025**

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN

(qui indiquera son nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR

(qui indiquera son nom et adresse)