

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025/2026

QG JEUNES

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de l'année.

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
6 ans	Diphtérie				Hépatite B	
	Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
	Poliomyélite				Coqueluche	
	Ou DT polio				BCG	
	Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si le jeune 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 a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	ROUGEOLE	OREILLONS
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐

ALLERGIES ALIMENTAIRES : non ☐ oui ☐

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES : non ☐ oui ☐

ASTHME oui ☐ non ☐

AUTRES :

Le jeune suit-il un **traitement médical** ? non ☐ oui ☐

L'enfant a-t-il un PAI ? non ☐ oui ☐(joindre le PAI)

Aucun médicament ne pourra être administré.

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

Pour les jeunes en situation de handicap suivi par la MDPH ou rencontrant des difficultés, veuillez contacter les animateurs pour faciliter l'accueil de votre enfant.

4 - Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....
Précisez :

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? non ☐ oui ☐

Régime alimentaire spécifique : sans porc ☐ sans viande ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Autres : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant
_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le
responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Je soussigné(e) M. Nom Prénom

responsable de l'enfant Nom Prénom

autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Parents numéro 2.....Nom.....Prénom.....

Nom Prénom Tél lien parenté

Date:

Signature: