



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE 2026 - Code de l'action sociale et des familles

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant :  Fille  Garçon Date & lieu de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Adresse mail :

## Si votre enfant :

- Est licencié dans un club, n° de la licence :
- Pas licencié, un **certificat médical de non contre-indication à la pratique du Basket-Ball** sera demandé.

## Lieu du camp de Basket-Ball :

Dates du camp : Semaine N°.... du.....au.....

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	ino		Dernier rappel	Vaccins recommandés	ino		Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<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"/> non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<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	

Allergies : médicamenteuses  oui  non

Alimentaire  oui  non

asthme  oui  non

autres  oui  non

L'enfant mange du porc (jambon, saucisse, viande)  oui  non

Enurésie nocturne encore possible  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

## III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

## IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

Je soussigné, 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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

**Coordonnées de l'organisateur :** Téléphone secrétariat : **06.16.12.18.70**

Observations :