



# ANNÉE 2024 – 2025

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

à compléter et à remettre, format papier, dès le 1<sup>er</sup> week-end même si n'est qu'un essai  
GROUPE TRETS – GARLABAN

PHOTO  
OBLIGATOIRE

Nom :  Prénom :   Fille  Garçon  Autre

Né·e le :

### 1. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX. Le mineur présente-t-il des troubles de la santé ?

Allergies alimentaires :  Non  Oui Préciser à quoi :

Allergies médicamenteuses :  Non  Oui Préciser à quoi :

Autres allergies :  Non  Oui Préciser à quoi :

Asthme :  Non  Oui Préciser à quoi :

Diabète :  Non  Oui

Épilepsie :  Non  Oui

Autres :  Non  Oui Préciser à quoi :

Si vous avez répondu oui, à l'une des questions, précisez la conduite à tenir :

Régime alimentaire spécifique :

L'enfant suivra-t-il un traitement médical pendant le séjour ?  Non  Oui

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). CHAQUE SAMEDI vous devez remettre le médicament et son ordonnance au respons de votre enfant, puis le récupérer le DIMANCHE.

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Nom du médecin traitant :  Téléphone du médecin traitant :

### 2. PERSONNES À PRÉVENIR

Personne n°1 – lien

Nom :  Prénom :  Téléphone :

Adresse :

Personne n°2 – lien

Nom :  Prénom :  Téléphone :

Adresse :

Nom et prénom de l'enfant :

### 3. VACCINATIONS

Le tableau ci-dessous doit être accompagné des **copies de TOUTES les pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de noter le nom et le prénom de l'enfant concerné** :

VACCINS OBLIGATOIRES (1)	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<b>Ou</b> DT polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

VACCINS RECOMMANDES	DATES
Hépatite B	<input type="text"/>
Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="text"/>
Coqueluche	<input type="text"/>
BCG	<input type="text"/>
Autres <input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs.

### 4. CERTIFICAT DE NATATION 25 m à fournir

Demandez au maître-nageur de le faire, dans n'importe quelle piscine, c'est généralement gratuit

Je l'ai déjà remis l'année précédente

Certificat ci-joint

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Responsable du séjour. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessous devra être signalée au Responsable du séjour.

Je soussigné·e \*   (\* nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins médicaux et chirurgicaux) rendues nécessaires.

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte. Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à  le

Signature obligatoire, précédée de la mention « lu et approuvé »

Evènements survenus pendant le séjour :

.....

.....

.....

Je fournis la PHOTO, les photocopies de TOUTES les pages vaccins, l'ORDONNANCE, le CERTIFICAT de natation.