

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Séjours de vacances 2026

1) Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon ☐

Fille ☐

2) Vaccinations (joindre une photocopie du carnet de santé de l'enfant)

	OUI	NON	Dates de derniers rappels (joindre une photocopie du carnet de santé de l'enfant)
Diphtérie	☐	☐	
Tétanos	☐	☐ Case à cocher	
Poliomyélite	☐	☐	
Ou DT polio	☐	☐	
Ou Trétracoq	☐	☐	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un **certificat médical de contre-indication.**

3) Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'enfant est-il allergique? (asthmes, médicaments, alimentation, autres)

Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Pour les allergies alimentaires, le CPIE Forêt de Brocéliande ne pourra prendre en considération que les régimes justifiés par un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4) Responsable de l'enfant

Nom :

Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

TEL : Fixe :

Portable :

Bureau :

Nom et Tel du Médecin traitant :

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

En cas de fièvre ou douleur légères, autorisez-vous l'assistant sanitaire à lui donner du
paracétamol : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente.

Date :

Signature :

5) Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles des prothèses auditives/dentaires ?
Énurésie nocturne ? Précisez :

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?

Régime végétarien : ☐ Oui ☐ Non

Régime sans porc : ☐ Oui ☐ Non

Autre régime (précisez) :

6) Notes complémentaires à l'attention de l'équipe encadrante