



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Association Nivernaise
Jeunesse et Joie

Pour le séjour « Ecole de Prière pour les Jeunes » du 17 au 21/08/2026.

1 – ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ ☐ GARÇON ☐ FILLE

Poids : _____ Taille : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

SI L'ENFANT 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 suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

☐ RUBÉOLE ☐ OTITE ☐ ROUGEOLE ☐ OREILLONS ☐ RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ
☐ VARICELLE ☐ ANGINE ☐ COQUELUCHE ☐ SCARLATINE

ALLERGIES : ☐ ALIMENTAIRE ☐ ASTHME
☐ MÉDICAMENTEUSES ☐ AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)
en précisant les dates et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il **des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,** etc...précisez.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (pendant le séjour) _____

NUMEROS DE TELEPHONE :

Mère : domicile : _____ **portable :** _____ **travail :** _____

Père : domicile : _____ **portable :** _____ **travail :** _____

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

6- AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e), _____ 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.

J'autorise le responsable du séjour à faire pratiquer des gestes de premiers secours, des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence et en cas d'impossibilité de me joindre dans les délais nécessaires.

J'autorise également, si besoin, le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale dont l'enfant dépend : _____

A :

Date :

Signature du ou des responsables légaux :