

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfants : 10//15ans

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

Intitulé du Stage : **du 23 au 27 février 2026**

GYMNASE MAUBUISSON

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

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 stage ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

ALLERGIES :

ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non à.....

ALIMENTAIRES oui non à.....

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

TÉL. DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

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

Date :

2025

Signature :