

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



1. ENFANT :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐ FILLE ☐

CONTACT TEL : ou

BOURSIER : OUI ☐ NON ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

Du lundi 12 au vendredi 16 octobre 2026 au Centre d'Accueil de Poé

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé. Il est très important que vous donniez des renseignements exacts et complets. Merci de votre coopération.

I. RESPONSABLES / PARENTS DE L'ENFANT :

NOM : PRÉNOM : Date de naissance :

Adresse des parents pendant le séjour :

Adresse électronique :@

N°CAFAT/RUAM : Mutuelle : n° de mutuelle :

N° Aide médicale : validité du au

N° COJH ou CORH :

II. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

a. Médecin traitant :

Nom: N° téléphone:

b. Vaccinations :

Les vaccins sont-ils à jour ? OUI ☐ NON ☐ Si NON, l'enfant ne pourra pas participer au camp

c. Traitement médical :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le camp ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, lequel ?

Est-il capable de gérer sa pathologie ? OUI ☐ NON ☐

En cas de traitement à prendre, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

d. L'enfant est-il porteur des **pathologies** suivantes ?

Asthme : OUI ☐ NON ☐ R.A.A. : OUI ☐ NON ☐

Diabète : OUI ☐ NON ☐ Épilepsie : OUI ☐ NON ☐

Autisme : OUI ☐ NON ☐

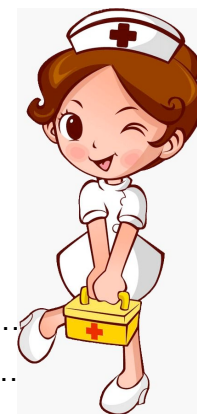
L'enfant a déjà-t-il eu une otite ? OUI ☐ NON ☐

e. L'enfant a-t-il des **allergies** ?

:	MEDICAMENTEUSES :	OUI	☐	NON	☐
:	ALIMENTAIRES :	OUI	☐	NON	☐
:	AUTRES :	OUI	☐	NON	☐

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

.....
.....



f. L'enfant a-t-il été **opéré** au cours des 6 derniers mois ? OUI ☐ NON ☐

III. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

a. Votre enfant présente-t-il les handicaps suivants ?

☐ Un handicap physique limitant ses activités, son autonomie ou nécessitant un appareillage, un accompagnement spécifique ? Précisez :

☐ Un handicap mental nécessitant une prise en charge spécifique ? Précisez :

☐ Un handicap sensoriel (troubles de la vision, difficultés auditives nécessitant un appareillage) ?

Précisez :

☐ Un trouble du caractère, du comportement et/ou des difficultés d'adaptation ?

Si oui, fait-il l'objet d'un suivi particulier (psychologue scolaire, pédopsychiatre, orthophoniste, psychomotricien) ?

Précisez le traitement en cours selon les dernières recommandations du médecin sans oublier de fournir les médicaments prescrits et la copie de l'ordonnance :

☐ un autre trouble ? Précisez.....

b. Autres recommandations des parents :

Le mineur porte-t-il des lunettes ou des lentilles ?	OUI	☐	NON	☐	
Est-il muni d'un appareil dentaire ou auditif ?	OUI	☐	NON	☐	
A-t-il des difficultés de sommeil ?	OUI	☐	NON	☐	
L'enfant est-il incontinent la nuit ?	OUI	☐	NON	☐	PARFOIS ☐
L'enfant sait-il nager ?	OUI	☐	NON	☐	
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	OUI	☐	NON	☐	

IV. AUTORISATIONS

Je soussigné, responsable légal de l'enfant

☐ autorise ☐ n'autorise pas la prise de photos ou de film de mon enfant dans le cadre du camp, et la publication de ces photos ou films sur le site internet de l'Association en tenant compte des règles en matière de respect de la personne.

☐ autorise ☐ n'autorise pas mon enfant à participer aux activités sportives terrestres

☐ autorise ☐ n'autorise pas mon enfant à participer aux activités nautiques

☐ autorise ☐ n'autorise pas mon enfant à participer aux jeux d'eau dans la mer

☐ autorise le transport de mon enfant en véhicule de service et car de location

☐ autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☐ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

