

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil du jeune. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue ou détruite au terme de l'accueil.

Concernant le jeune : NOM : _____ Prénom : _____
 Fille / Garçon
 Date de naissance : / /
 Établissement scolaire fréquenté : _____
 Numéro de portable : _____

1 - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

Vaccins obligatoires

	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie							
Tétanos							
Polyomélite							
ou DT polio							
ou Tétracoq							
B.C.G							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. **Note : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**

2 - Renseignements médicaux :

Le jeune doit-il suivre un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leur boîte d'origine, avec la notice, et marquées).

Attention : Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance du médecin.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
oui / non	oui / non	oui / non	oui / non	oui / non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
oui / non	oui / non	oui / non	oui / non	

ANNÉE 2025 - 2026 :



Allergies :

médicamenteuses oui / non asthme oui / non
 alimentaires oui / non autres oui / non

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

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **dates** et les **précautions à prendre**.

3 - Recommandations utiles :

Préciser si le jeune porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ou tous autres renseignements permettant un **accueil adapté** à votre jeune. (Reconnaissance MDPH, suivi éducatif, régime alimentaire ...)



Fiche de renseignements

Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. Domicile : Travail :

Portable : E-mail :

Profession : N° de S.S. :

N° Allocataire CAF /MSA : Quotient Familial :

Le responsable de l'enfant pouvant être contacté :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Travail : Tél. Portable :

Email :

Autorisation d'opérer :

Je soussigné (e)responsable légal de l'enfant

- Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription.
- Autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Droit à l'image :

J'autorise l'association Polysonnance à utiliser les photos et vidéos prises pendant les activités pour ses supports de communication (réseaux sociaux , lettre d'information, site internet, presse...) : oui * non

(vous pouvez à tout moment revenir sur cette autorisation sur simple demande)

Documents à fournir

Documents à remplir et à fournir pour l'inscription :

- Test d'aisance aquatique
- Une adhésion à Polysonnance à jour
- La totalité du règlement du séjour
- La photocopie des vaccins obligatoires + une fiche sanitaire a jour pour la saison 2024-2025

Date Signature (précédée de la mention lu et approuvé):