



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Ecole VTT « Les Déjantés du Massif d'Uchaux »

Séjour de fin d'année 23-24 et 25 mai 2026

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI
POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE VOTRE ENFANT.
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

I. **ENFANT** NOM : PRÉNOM :
SEXÉ : ☐ GARÇON ☐ FILLE DATE DE NAISSANCE :/...../.....

II. **VACCINATIONS** Remplir à partir du carnet de santé, ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé : 3 pages (pages 65 à 67 sur les modèles de carnets récents).

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUÉS		DATES	
du DT polio	RAPPELS			/	/
du DT coq				/	/
du Tétracoq				/	/
d'une prise polio				/	/
Hépatite B				/	/

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1er VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
REVACCINATION	/ /	1er RAPPEL	/ /		/ /
	/ /		/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,
POURQUOI ?

INJECTIONS DE SÉRUM		NATURE		DATES	
				/	/
				/	/

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
☐ NON ☐ OUI	☐ NON ☐ OUI	☐ NON ☐ OUI	☐ NON ☐ OUI	☐ NON ☐ OUI
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
☐ NON ☐ OUI	☐ NON ☐ OUI	☐ NON ☐ OUI	☐ NON ☐ OUI	☐ NON ☐ OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?

NON

OUI

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

Coordonnées et numéro de
téléphone du médecin traitant.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM :

PRÉNOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour)

N° DE TÉL.	DOMICILE	PORTABLE DE :	PORTABLE DE :	BUREAU

N° DE SECURITE SOCIALE

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Assurance / Mutuelle : Indiquer les références (compagnie et
n° de contrat) de l'assurance responsabilité civile qui couvre
l'enfant et de la mutuelle complémentaire des parents.

Assurance R.C. :

Mutuelle :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés
sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales)
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

Signature :

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Centre sportif départemental
Chem. des Sports,
30430 Méjannes-le-Clap

Cachet de l'Organisme



ARRIVÉE le : **Samedi 23 mai 2026**

DÉPART le : **Lundi 25 mai**

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN

☐

(qui indiquera son nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR

☐

(qui indiquera son nom et adresse)