



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON SÉJOUR ÉTÉ 2026

## DOCUMENT CONFIDENTIEL

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant  
(arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse postale : .....

Classe : ..... École : ..... N° Sécurité Sociale : .....

Genre :  F  M Taille : .....cm L'enfant sait nager ? :  NON  OUI Merci de fournir l'attestation "Savoir Nager" (scolaire ou test piscine).

Régime alimentaire :  Sans viande  Sans porc  Autre, précisez : .....  
(Informations nécessaires en cas d'urgence)

### RESPONSABLE LÉGAL 1

Nom : .....

Prénom.s : .....

Adresse postale : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Mail : .....

Tel : .....

Situation familiale : Célibataire / Concubin.e / Marié.e / Pacsé.e / autre, précisez :

Lien avec l'enfant : Parent / Tuteur.rice / autre, précisez :

### RESPONSABLE LÉGAL 2

Nom : .....

Prénom.s : .....

Adresse postale : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Mail : .....

Tel : .....

Situation familiale : Célibataire / Concubin.e / Marié.e / Pacsé.e / autre, précisez :

Lien avec l'enfant : Parent / Tuteur.rice / autre, précisez :

### VACCINATION

Nom et prénom du médecin traitant de l'enfant : .....

Contact du médecin traitant : .....

Vaccins obligatoires	oui	non	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Date dernier rappel
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole - Oreillons- Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT

1 - L'enfant suit-il/elle un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une trousse contenant une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec notice, marquées au nom de l'enfant).

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE.

2 - L'enfant a-t-il/elle une ou plusieurs allergie.s ?  Oui  Non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

- Alimentaire
- Médicamenteuse
- Autre (animaux, plantes, pollen, etc.)

Précisez : .....

3 - L'enfant présente-t-il/elle un problème de santé ?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser : .....  
.....  
.....  
.....

## RECOMMANDATIONS UTILES

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif ou dentaire, comportement de l'enfant, troubles du sommeil, énurésie nocturne, etc. Si oui, veuillez préciser : .....

## DROIT À L'IMAGE

Autorisation de prendre l'enfant en photo/vidéo :  Oui  Non

Autorisation d'utiliser les photos/vidéos pour les motifs suivants :

Communication aux familles du séjour  Oui  Non

Document interne à la MEJ  Oui  Non

Diffusion en ligne sur les réseaux de la MEJ  Oui  Non

Je soussigné.e ....., responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant.

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature :