

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026

CETTE RCHÉ A EIECONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE.ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC LES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

ENFANT NOM: PRENOM: SEXE: ☐ GARÇON ☐ FILLE DATE DE NAISSANCE:

VACCINATIONS Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant. Si vous ne remplissez pas merci de joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé en n'oubliant pas de MENTIONNER LES NOMS ET PRENOMS DE L'ENFANT SUR LA FEUILLE

Précisez s'il s'agit			VACCINS PRATIQUES		DATES	
Du DT polio					/ /	
Du DT coq					/ /	
Du Tétracoq					/ /	
D'une prise polio					/ /	
Hépatite B						
ANTITUBERCULEUSE (BCG)			ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1er VACCIN	DATES		VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
	/ /			/ /		
REVACCINATION	/ /		1er RAPPEL	/ /		/ /
INJECTIONS DE SERUM			NATURE		DATES	
					/ /	
					/ /	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI L'ENFANT A T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES:

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
	OTITES	OREILLONS	ROUGEOLE	ENURESIE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

ASTHME	OUI NON	SI OUI QUEL TRAITEMENT :
ALLERGIES	OUI NON	PRECISEZ L'ALLERGIE : POLLENS, POUSSIÈRES, ANIMAUX, ALIMENTAIRES ... :

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE? ☐ OUI ☐ NON INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES: (maladies/accidents/crises/convulsives/allergies/hospitalisation/operations/réductions)

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Merci d'entourer les éléments de votre stage

LIEU: SREG RIXHEIM - CRSA MULHOUSE - TIVAT
SEMAINE: FEVRIER - AVRIL - SEM 1 - SEM 2 - SEM 3 - SEM 4 - SEM 5 - SEM 6 - OCTOBRE
SPORT: BASKET - FOOT - HAND - VOLLEY - VTT - GYM - WATERPOLO - BADMINTON TENNIS - JUDO - SKI SNOW
MULTISPORTS ou AUTRE:

S IL'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS ET D'INDIQUER LES NOMS ET PRENOMS SUR LA BOITE DU MEDICAMENT

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT? ☐ NON SI OUI, LEQUEL?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS ET D'INDIQUER LES NOMS ET PRENOMS SUR LA BOITE DES MEDICAMENTS.

RAPPEL: AUCUN MEDICAMENT NE DEVRA ETRE EN POSSESSION DES JEUNES PENDANT LE STAGE.

RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM: PRENOMS:
ADRESSE (Pendant le séjour): VILLE:
CODE POSTAL:
NUMERO DE PORTABLE DU RESPONSIBLE LEGAL / / /

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

Date: / / Signature:

PARTIERESERVEEAL'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR

☐ SREG RIXHEIM
5 Chemin de BRUNSTATT
68170 RIXHEIM
☐ Centre Sportif Régional Alsace
5 Rue des Frères Lumières
68100 MULHOUSE

ARRIVE LE / /
DEPART LE / /

OBSERVATION FAITES EN COURS DE SEJOUR

☐ Par le médecin Dr , exerçant à , tél : / / /
☐ Par le responsable sanitaire du séjour M/Mme , tél : / / /

Cachet de l'organisme (siègesocial)