FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM du jeune : …… Prénom du jeune:…… Date de naissance : ….. / ….. / ……. M❑ F❑

Dates et lieu du séjour: Du 12 au 18 juillet 2026 à Lourdes

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour ; elle vous évite de vous démunir du carnet de santé. Les informations qui y sont transcrites sont confidentielles et ne seront portées qu'à la connaissance du directeur du séjour, de l'assistant sanitaire, aux professionnels de santé dont l'intervention serait requise et à toute personne ayant besoin d'informations particulières (en particulier concernant les allergies alimentaires).

1–Vaccinations

Joindre **impérativement** une copie du carnet de santé avec les vaccinations à jour ou une attestation du médecin certifiant que le jeune est à jour de ses vaccinations.

Si le jeune n'est pas à jour des vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2-Renseignements médicaux concernant le jeune

Le jeune suit-il un **traitement médical** pendant le séjour? oui ❑ non❑

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les médicaments correspondants **(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice)**.

Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigü	Scarlatine
oui ❑ non❑	oui ❑ non❑	oui ❑ non❑	oui ❑ non❑	oui ❑ non❑
Coqueluche	Otite	Rougeole	Orillons	
oui ❑ non❑	oui ❑ non❑	oui ❑ non❑	oui ❑ non❑	

Allergies: Asthme oui ❑ non❑
Médicamenteuses oui ❑ non❑
Alimentaires oui ❑ non❑

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir(si automédication, le signaler):

……

……

……

Nom du jeune:……Prénom du jeune:……

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

……

……

……

3 –Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

……

……

……

4 –Responsable du jeune

Je soussigné, Nom:……. Prénom:……

Adresse(pendant le séjour):……

……

Téléphone fixe (domicile) : …./…./…./…./…. Téléphone portable : …./…./…./…./….

Téléphone fixe (bureau) : …./…./…./…./….

Nom et téléphone du médecin traitant :……

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du séjour à prendre toutes mesures urgentes rendues nécessaires par l'état du jeune.

Fait à……,le…../…../20……

Signature