



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ENFANT & ADULTE

Cette fiche sanitaire est avant tout un lien entre vous et le groupe pour accompagner au mieux chacun dans la vie du collectif et inclure chaque personne. Rapprochez-vous des responsables du groupe pour en discuter si vous aviez quelques réserves ou renseignements complémentaires.

Groupe : Notre Dame de Grâce de Passy		Territoire : Paris O2 Rives	Année scolaire : 2026-2027
Nom :		Poids :	Photo d'identité récente
Prénom(s) :		Taille :	
Genre :	Téléphone :		
Date et lieu de naissance :			
Adresse postale	☐ Domicile parental ☐ Domicile famille élargie ☐ Autre :		
☐ L'adhérent est majeur et capable juridiquement ☐ L'adhérent est mineur / a des tuteurs légaux			

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Tuteurs légaux (noms & prénoms)	Lien de parenté	Téléphone 1	Téléphone 2
Autres personnes à contacter	Lien avec la personne	Téléphone 1	Téléphone 2

Nom et coordonnées du médecin traitant :

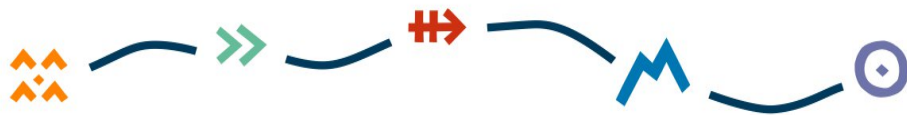
PROBLÈMES DE SANTÉ IMPORTANTS À SAVOIR

Hospitalisation / Opération / Maladie chronique / Entorse / Fracture / Douleur / Etc.	Dates

PRISE DE TRAITEMENT MÉDICAL

☐ Non | ☐ Oui, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. En cas de traitement régulier, merci de mettre en plus, les médicaments dans un pilulier, idéalement avec une photo de la personne dessus. **Préciser pour chaque traitement :** Traitement quotidien | Traitements d'appoint (ex : règles douloureuses) | Traitement de crise (ex : allergie)





Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

En cas de problème de santé au long cours il y a nécessité d'en parler avec l'assistant sanitaire et/ou les chefs et cheftaines pour accompagner au mieux votre enfant ou l'adulte concerné par cette fiche. Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut s'avérer nécessaire être mis en place. Si un PAI a été établi à l'école, une copie peut être fournie, sinon un modèle SGDF est à votre disposition, sur le site de l'association : « **Ressources** ».

ALLERGIES ET RÉGIME ALIMENTAIRE

Régime alimentaire :

Allergies	Présence	Causes et conduite à tenir
Allergies alimentaires	Oui / Non	
Allergies aux animaux	Oui / Non	
Allergies aux pollens / acariens	Oui / Non	
Allergies de contact	Oui / Non	
Allergies médicamenteuses	Oui / Non	
Asthme	Oui / Non	

VACCINATIONS

Il est demandé de joindre une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé ou de fournir une attestation des vaccinations réalisées.

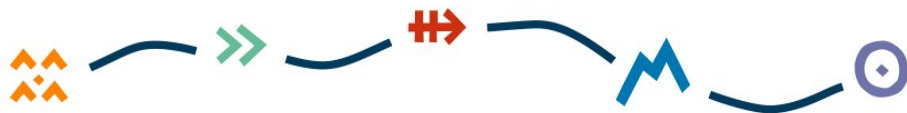
Maladie		Nom du vaccin (entourer le nom)			Date du dernier rappel	
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)		Infanrix Hexa Hexyon	Pentavac	Repevax Boostrix	Revaxis	
Coqueluche						
Haemophilus influenzae			Engerix B Genhevac			
Hépatite B						
Maladie		Nom du vaccin (entourer le nom)			Nombre d'injections reçues	
Méningocoque C		Neisvac Meningitec				
Pneumocoque		Prevenar				
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)		Priorix				
Tuberculose		BCG				
Autre	Hépatite A (Avaxim, Vaqta, Havrix)		Typhoïde (Typhim)		Fièvre jaune (Stamaril)	Rage (vaccin rabique)
Date						

Pour rappel, pour les personnes nées avant 2018, seule la vaccination DTP est obligatoire. Les autres informations sont indispensables pour permettre au corps médical d'estimer l'état de santé en cas de besoin.

Nom et fonction de la personne ayant vérifié la conformité des vaccinations :

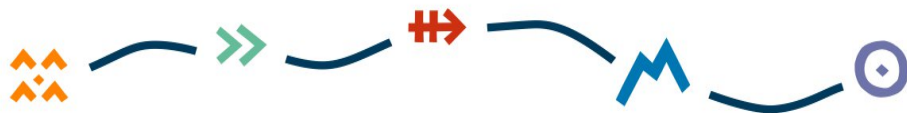
Date :

Signature :



Trouble / Handicap	Présence	Besoins et adaptations nécessaires
Difficultés à communiquer	Oui / Non	
Difficultés à s'exprimer	Oui / Non	
Difficultés d'endormissement / Réveils nocturnes	Oui / Non	
Fragilité osseuse ou articulaire	Oui / Non	
Handicap cognitif	Oui / Non	
Handicap mental ou déficience intellectuelle	Oui / Non	
Handicap physique ou moteur	Oui / Non	
Handicap sensoriel	Oui / Non	☐ Visuel ☐ Auditif ☐ Autre
Peur du noir / Cauchemars fréquents	Oui / Non	
Polyhandicap	Oui / Non	
Trouble de l'attention	Oui / Non	☐ Diagnostiqué ☐ Présumé
Trouble de l'humeur	Oui / Non	
Trouble du comportement alimentaire	Oui / Non	
Trouble du sommeil	Oui / Non	
Trouble dys-	Oui / Non	
Trouble neurodéveloppementaux (TSA, TDA/H)	Oui / Non	
Trouble neurologique	Oui / Non	

Éléments à prendre en compte	Présence	Précisions
Aisance aquatique	Oui / Non	☐ Peur de l'eau ☐ Sait nager ☐ Tests aquatiques obtenus
Autres dispositifs médicaux	Oui / Non	
Menstruations / Règles	Oui / Non	☐ Sait gérer ses protections seule ☐ A des douleurs associées
Mouille son lit	Oui / Non	
Port de lunettes ou de lentilles	Oui / Non	



Prothèses auditives	Oui / Non	
Prothèses dentaires / Appareil dentaire	Oui / Non	
Saignement de nez	Oui / Non	
Semelles orthopédiques	Oui / Non	

Autres informations sur l'état de santé physique et psychique. Suivi particulier :

Peur et phobies	Présence	Précisions
Animaux	Oui / Non	
Peur de l'eau	Oui / Non	
Peur du noir	Oui / Non	
Vertige	Oui / Non	
Autres :		

Pour l'année | Je soussigné,
responsable légal de l'enfant / adulte concerné par cette fiche, déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise le responsable du séjour et aux adultes accompagnants le séjour, à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
Date : Signature des responsables légaux ou de l'adulte concerné :

**Coordonnées des responsables
pendant le séjour /camp :**

Pour le camp d'été | Je soussigné,
responsable légal de l'enfant / adulte concerné par cette fiche, déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise le responsable du séjour et aux adultes accompagnants le séjour, à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
Date : Signature des responsables légaux ou de l'adulte concerné :

Observations pendant le séjour / camp :