

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT 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				OREILLONS							
OUI	☐	NON	☐	OUI	☐	NON	☐	OUI	☐	NON	☐	OUI	☐	NON	☐				

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

[illegible]

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

[illegible]

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

[illegible]

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.*

Date : _____ Signature : _____

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

[illegible]



DIOCÈSE D'ÉVREUX
Eglise Catholique

INSCRIPTION 48 H A PARIS DU 20 AU 21 OCTOBRE 2026

1-AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) (Représentant légal nom et prénom)

Demeurant à
(Adresse complète).

- Autorise mon fils, ma fille (nom et prénom) à participer au pèlerinage à Paris le 20 et 21 octobre 2026 organisé par l'Association Diocésaine de l'Aumônerie de l'Enseignement Public du diocèse d'Evreux.
- Le transport se fera en train à partir de la gare d'Evreux.
- L'hébergement sera à la maison d'accueil du Sacré Cœur de Paris.
- La participation financière est de 85 euros tout compris (*possibilité de payer en 2 fois*) chèque à l'ordre de Association Diocésaine

Je suis joignable au(Mobile) E-mail :

Renseignements sur le/la jeune : date de naissance : Tél :

Doyenné :Paroisse ou animateur.....

Fait à le 2026
Signature des 2 parents

Mère : Père :

2-DROIT A L'IMAGE

Met Mme.....autorisons le diocèse d'Evreux et l'ADAEP à diffuser les photos de notre enfant..... (Nom prénom) dans le cadre du pèlerinage à Paris le 20 et 21 octobre 2026 par les voies de communication de l'aumônerie et du diocèse. Articles 226-1 à 226-8 du Code civil.

Fait à le 2026

Mère : Père :

(Signature des deux parents)