

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : **Pèlerinage du diocèse de Verdun à LOURDES.**
Du 21 AU 26 juillet 2025

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1 – VACCINATIONS : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé ou certificat médical de vaccinations

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3)

Pour rappel :

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDÉS
	<u>Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018</u>
Diptérie	Hépatite B *
Tétanos	Rubéole-Oreillons-Rougeole*
Poliomyélite	Coqueluche*
	Méningocoque C*
	Pneumocoque *
	Méningite Hib*
	Autres :

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 AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

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)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

6 - RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT (à remplir par les 2 parents)

1/ NOM _____ PRENOM _____ Père Mère ou Représentant légal
ADRESSE _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

2/ NOM _____ PRENOM _____ Père Mère ou Représentant légal
ADRESSE _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

7- RESPONSABLE DE L'ENFANT PENDANT LE SEJOUR

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

TÉL.PORTABLE _____

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

Date : / / Signature Responsable Légal **1** :

Signature Responsable Légal **2** :

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU PELERINAGE

Service Diocésain des Pèlerinages : Corinne FRANCOIS - 03.29.86.00 22 / 06.70.29.62.31

Mail : pelerinages@catholique55.fr

OBSERVATIONS :

Bien évidemment, en cas de nécessité, vous serez parmi les premiers informés et dans la mesure du possible votre avis et accord recueillis avant toute prise de décision, en lien avec la personne responsable de l'enfant pendant le séjour.