



Fiche sanitaire de liaison

Lourdes 2026

Groupe :

IDENTITÉ

Nom	
Prénom	
Sexe	
Date de naissance	

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom	Téléphone 1	Téléphone 2

ALLERGIES

Aliments, médicaments, autres

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POINTS D'ATTENTION

Par exemple : régime alimentaire ; hyperactivité, handicap etc.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prise de traitement médical quotidien ?

- ☐ OUI, la prise des médicaments est à la responsabilité de l'adulte
- ☐ NON.

Je soussigné,,
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 mon état.

Date et signature :