

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre les copies de vaccination si les dates ne sont pas remplies manuellement

NOM DU MINEUR :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :/...../.....
 SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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 administré sans ordonnance.

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non Précisez
 Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.
 Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** ☐ oui ☐ non

.....
 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :
 Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

RESPONSABLES DU MINEUR
 Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL TEL PORTABLE :
 Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL TEL PORTABLE :
 NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature

