



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Cette fiche permet de recueillir les 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)

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Hépatite b	
Tétanos		Méningocoque c	
Poliomyélite		Pneumocoque	
Coqueluche		Rougeole /	
Haemophilus influenza b		Oreillons / Rubéole	

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

2/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (information nécessaire en cas d'urgence)

Suit-il un traitement ? : ☐ 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

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

3/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

4/ RESPONSABLES DE L'ENFANT 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 :

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 la Direction de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :