

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : Cliquez ici pour taper du texte.

PRENOM : Cliquez ici pour taper du texte.

DATE DE NAISSANCE : Cliquez ici pour taper du texte.

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 |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. | Coqueluche | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Tétanos |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. | Haemophilus | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Poliomyélite |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. | Rubéoles-Oreillons-Rougeole | Cliquez ici pour entrer une date. |
|  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. | Hépatite B | Cliquez ici pour entrer une date. |
|  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. | Pneumocoque | Cliquez ici pour entrer une date. |
|  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. | BCG | Cliquez ici pour entrer une date. |
|  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. | Autres (préciser) | Cliquez ici pour entrer une date. |

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 : Cliquez ici pour taper du texte.

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

Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids : kg ; Taille : Cliquez ici pour taper du texte.cm (informations nécessaires en cas d’urgence)

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.

1. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 :   
NOM : Cliquez ici pour taper du texte.PRÉNOM : Cliquez ici pour taper du texte.

ADRESSE Cliquez ici pour taper du texte.

TEL DOMICILE Cliquez ici pour taper du texte.TEL TRAVAIL Cliquez ici pour taper du texte.

TEL PORTABLE : Cliquez ici pour taper du texte.

Responsable N°2 :   
NOM :Cliquez ici pour taper du texte. PRÉNOM : Cliquez ici pour taper du texte.

ADRESSE : Cliquez ici pour taper du texte.

TEL DOMICILE : Cliquez ici pour taper du texte.TEL TRAVAIL : Cliquez ici pour taper du texte.

TEL PORTABLE : Cliquez ici pour taper du texte.

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : Cliquez ici pour taper du texte.

Je soussigné(e) Cliquez ici pour taper du texte., 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 : Cliquez ici pour entrer une date. Signature :