



## **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** (DOCUMENT CONFIDENTIEL)

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

**NOM DU MINEUR :**

**PRÉNOM :**

**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).

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

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			___/___/___	Coqueluche	___/___/___
Tétanos			___/___/___	Haemophilus	___/___/___
Poliomyélite			___/___/___	Rubéole- Oreillons- Rougeole	___/___/___
				Hépatite B	___/___/___
				Pneumocoque	___/___/___
				BCG	___/___/___

**2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

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

Suit-il un traitement médical pendant ce 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.

Allergies :    Alimentaires :     Oui  Non  
                   Médicamenteuses :     Oui  Non  
                   Pollen :     Oui  Non  
                   Précisez : \_\_\_\_\_  
                   Autres : \_\_\_\_\_

Si oui, joindre un 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**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4 - RESPONSABLES DU MINEUR**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ⓞ Domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Ⓞ Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ⓞ Domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Ⓞ Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Ⓞ : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser 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