

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 mineur en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

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) :	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Kg ; Taille : 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.**

ALLERGIES : ALIMENTAIRES Oui Non

MÉDICAMENTEUSES 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 ? Oui Non

Si oui, précisez :

Régime alimentaire : Oui Non - Si oui : Sans porc Sans viande

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable n° 1

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL DOMICILE :

TÉL TRAVAIL :

TÉL PORTABLE :

Responsable n° 2

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL DOMICILE :

TÉL TRAVAIL :

TÉL PORTABLE :

NOM ET TÉL DU MÉDECIN 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 :