

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

ATTENTION : La fiche doit être rempli en intégralité pour être considéré comme valable.

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 DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	☐	☐		Coqueluche	
Tétanos	☐	☐		Haemophilus	
Poliomyélite	☐	☐		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	

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

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

3 - 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, préciser :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

ATTENTION : La fiche doit être rempli en intégralité pour être considéré comme valable.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - 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 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 (écrivez la mention « Lu et approuvé ainsi que votre nom et prénom) :