FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

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 Tétanos Poliomyélite				Méningite ACWY	
Coqueluche				Méningite B	
Haemophilus B				BCG Autres (préciser)	
Hépatite B					
Pneumocoque					
Rubéole-Oreillons-Rougeole					

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

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).

L'enfant est-il autonome pour prendre ses médicaments ? Oui Non

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

ALLERGIES : ALIMENTAIRES Oui Non

MEDICAMENTEUSES Oui Non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : Oui Non

Précisez .....

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

difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…

.....

.....

.....

.....

4-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 MEDECIN 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 des 2 responsables :