



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel

Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination



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				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

Suit-il un traitement médical pendant la période d'activité ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

REGIME ALIMENTAIRE : Classique Sans porc Sans viande PAI

ALLERGIES : ALIMENTAIRES Oui Non

MEDICAMENTEUSES Oui Non

AUTRES (plantes, pollen, animaux) 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, si oui, précisez : Oui Non

3_RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Merci d'indiquer toutes informations que vous jugerez utiles concernant votre enfant, afin de l'accompagner aux mieux pendant les activités (port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement significatif, difficultés...):

4_CONTACT DES RESPONSABLES

Responsable n°1 : NOM PRENOM

ADRESSE

TEL PORTABLE TEL DOMouTRAVAIL.....

Responsable n°2 : NOM PRENOM

ADRESSE

TEL PORTABLE TEL DOMouTRAVAIL.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) quand l'activité est terminée : OUI NON

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 les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :