Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

LE MIKADO
MJC CENTRE SOCIAL ANNECY NORD

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 le séjour ? ☐ OUI ☐ NON

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

REGIME ALIMENTAIRE : CLASSIQUE ☐ SANS PORC ☐ SANS VIANDE ☐ PAI ☐

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ OUI ☐ NON

MEDICAMENTEUSES ☐ 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, 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

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 DU MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exact les renseignements apportés 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.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et déclare en accepter pleinement les termes et les conditions.

Date : Signature :