



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DE L'ENFANT : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

SEXE : M  F

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Cette fiche permet de recueillir les 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)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Hépatite b	
Tétanos		Méningocoque c	
Poliomyélite		Pneumocoque	
Coqueluche		Rougeole / Oreillons / Rubéole	
Haemophilus influenza b			

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

### 2/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (information nécessaire en cas d'urgence)

Suit-il un traitement ? :  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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE**

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 CONCERNANT LE MINEUR

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

### 4/ RESPONSABLES DE L'ENFANT 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 : .....

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 la Direction de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :