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**

## ENFANT MINEUR

**Nom** .....

**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 RECOMMANDES | 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

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). 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 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 : .....

.....

.....

## 3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

**Repas spéciaux :** ☐PAI ☐Sans porc ☐Sans poisson ☐Végétarien

***A joindre***

## 4 - RESPONSABLES DU MINEUR *(Informations obligatoires)*

- **Responsable N°1** :
  NOM et Prénom : .....
  Adresse : .....
  .....
  Tél. Domicile : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__ Tél. Travail : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__
  Tél. Portable : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__

- **Responsable N°2** :
  NOM et Prénom : .....
  Adresse : .....
  .....
  Tél. Domicile : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__ Tél. Travail : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__
  Tél. Portable : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__

N° de Sécurité Sociale (***Obligatoire***) : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__

Nom et N° Tél Médecin Traitant : .....

Je soussigne(é), ....., responsable légal(e) 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 mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date et signature