



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 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

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

Je soussigné(é),, responsable légal(e) de l'enfant mineur(e), 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 cet enfant.

Date et signature