*Liberté* • *Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE
DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS
ET DE LA
VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la 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)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINATIONSOBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINSRECOMMANDÉS | 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

ALLERGIES : ALIMENTAIRES □ oui □ n on

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 MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(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 ce 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.

Signature :