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 santé

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 sanitaires des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATION OBLIGATOIRE né(e) <2017	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINATION OBLIGATOIRE né(e) >2018	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Diphtérie				BCG pour tous	
Tétanos				Tétanos				Autres (préciser)	
Poliomyélite ou DTPolio ou Tétracoq				Poliomyélite ou DTPolio ou Tétracoq					
				Haemophilius influenza B					
				Coqueluche					
				Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)					
				Méningocoque C					
				Pneumocoque					
				Hépatite B					

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL 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 PAI : 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. Joindre obligatoirement le PAI le cas échéant.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui précisez oui non
……
……
……

Régime alimentaire : ……

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-RESPONSABLE DU MINEUR

Responsable n°1 : NOM…….. PRENOM :……...
ADRESSE ……..
……
TEL PORTABLE : …….. TEL TRAVAIL :……
TEL DOMICILE :……
ADRESSE MAIL : ……

Responsable n°2 : NOM…….. PRENOM :……...
ADRESSE ……..
……
TEL PORTABLE : …….. TEL TRAVAIL :……
TEL DOMICILE :……
ADRESSE MAIL : ……

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : ……..

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

Date **Signature**