



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)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polio/vérite				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)

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

/!/ en cas de PAI la famille s'engage à fournir dès l'inscription, le PAI avec les ordonnances et les médicaments/traitements correspondants.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES: ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez

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)....., 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 mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

LES AUTORISATIONS :

J'autorise mon enfant à sortir seul OUI NON

J'autorise la structure à prendre mon enfant en photo OUI NON