



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant sans vous démunir de son carnet de santé (code de l'action sociale et des familles - arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueils de loisirs).

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date du Dernier rappel	Vaccins recommandés pour les enfants nés avant 2018 et obligatoires pour les enfants nés à partir de janvier 2018	oui	non	Date
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	☐	☐	
Tétanos	☐	☐		Rubéole/Oreillons/Rougeole	☐	☐	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	☐	☐	
ou DT polio	☐	☐		Méningocoque sérogroupe C	☐	☐	
ou Tétracoq	☐	☐		Haemophilus influenza b	☐	☐	
				Pneumocoque	☐	☐	
				Autre vaccin facultatif (ex BCG)	☐	☐	

SI L'ENFANT 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 la durée de l'accueil ? 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 ☐

MÉDICAMENTEUSES

Oui ☐ Non ☐

AUTRES (animaux, plantes, pollen, ...)

Oui ☐ Non ☐

Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** ou **PAI** 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 (maladie, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) :

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, prothèses, difficultés de sommeil, énurésie, etc...)

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : ----

TEL PORTABLE : ----

TEL TRAVAIL : ----

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : ----

TEL PORTABLE : ----

TEL TRAVAIL : ----

NOM ET TEL MÉDECIN 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 :