



**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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	Coqueluche	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	Haemophilus	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
				Hépatite B	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
				Pneumocoque	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
				BCG	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
				Autres (précisez)	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>

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 (information nécessaire 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 marqués 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, p antes, 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-RESPONSABLE DU MINEUR

Responsable n°1 : NOM  Prénom

Adresse :

TEL DOMICILE  TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE

Responsable n°1 : 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 les mesures nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

DATE :

Signature :