



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

Sexe : M                       F

Nom de l'accueil : .....

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**

**Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination**

*Pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, tous les vaccins sont obligatoires. Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Hépatite B	
				Méningocoque C.	
				Pneumocoque	
				R-O-R	
				BCG	
				Autres (préciser)	

**2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

**Informations nécessaires en cas d'urgence**

Poids : ..... Kg ; Taille : ..... Cm

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui       Non

Si oui, joindre une ordonnance récente

*Seuls les traitements médicaux faisant partie d'un Projet d'Accueil Individualisé pourront être administrés par l'équipe.*

**ALLERGIES** : ALIMENTAIRES  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.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser**  oui  non

.....  
.....  
.....

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, comportement de l'enfant, 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 exacte 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 :