

# Fiche sanitaire de liaison



Document confidentiel // Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

**Enfant :**  fille  garçon - Date de naissance : .....

Nom du mineur : ..... Prénom : .....

Cette fiche permet de recueillir de informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## I-VACCINATIONS

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

Vaccinations Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Haemophilus			
Pneumocoque			
B.C.G.			
Hépatite B			
Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Coqueluche			
Autres (préciser)			

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## II-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Poids : ..... kg et Taille : ..... cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**Allergies :**

médicamenteuses  oui  non asthme  oui  non  
alimentaires  oui  non autres (animaux, pollen, plantes...  oui  non

**Si oui, veuillez remplir le document PAI, l'insérer dans ce dossier et joindre les trousse de secours.**

**Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :**

.....  
.....

**Pratique alimentaire :**  sans viande  sans porc  végétarien

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre.**

.....  
.....

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) : .....

**III-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif ou dentaire, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil...

.....  
.....

**IV-RESPONSABLES LÉGAUX DU MINEUR**

**Responsable N°1 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél domicile : ..... portable : .....  
Tél Professionnel : .....

**Responsable N°2 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél domicile : ..... portable : .....  
Tél Professionnel : .....

Je soussigné ....., 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 :