

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 ?

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