

NOM DU MINEUR :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL



Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

	PRENOM:										
	DATE DE NAISSANCE :										
	SEXE :	M		F							
Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (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 vaccination ou aux certificats de vaccination).										
	VACCINATIONS	Oui	Non	DATES DES DERNIERS	VACCINS	DATES					
	OBLIGATOIRES			RAPPELS	RECOMMANDES						
	Diphtérie				Coqueluche						
-	Tétanos				Haemophilus						
•	Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-						
					Rougeole						
					Hépatite B						
-					Pneumocoque						
-					BCG						
-					Autres (préciser)						
L	SI LE MINEUR N	l'A PAS	LES VA	L ACCINS OBLIGATOIRES JO	I JINDRE UN CERTIFICAT MI	 EDICAL DE CONTRE-					
	INDICATION.										
2.	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR										
	Poids :			; Taille :							
	(Informations nécessaires 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice).										

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

3.

4.

ALLERGIES:	ALIMENTAIRES	oui	non	
	MEDICAMENTEUSES	oui	non	
	AUTRES (animaux, plantes, pollen):	oui	non	
	Précisez :			
Si oui, join conduite à t	dre un certificat médical précisant la ca tenir.	use de l'aller	gie, les signe	es évocateurs et la
Le mineur p	présente-t-il un problème de santé, si oui pr	éciser ou	ii non	
RECOMMAN	IDATIONS UTILES DES PARENTS			
Port de lune	ettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou au	uditif, comport	ement de l'e	nfant, difficultés de
sommeil, én	urésies nocturnes, etc.			
RESPONSAB	LES DU MINEUR :			
Responsable	e n°1 : NOM	PRENO	M	
ADRESSE :				
TEL DOMICII	LE:	TEL TRAVAIL :		
TEL PORTAB	LE:			
Responsable	e n°2 : NOM	PRENO	М	
ADRESSE :	-			
TEL DOMICII		TEL TRA	AVAIL :	
TEL PORTAB	LE:			
NOM ET TEL	MEDECIN TRAITANT :			
Je soussigné	e(e) , r	esponsable lé	gal du mineu	r, déclare exacts les
responsable	ents portés sur cette fiche et m'engage de l'accueil de loisirs à prendre, le cas d de santé de ce mineur.			
Date :		Signatu	re:	