



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir toutes les informations utiles concernant votre enfant. Merci de remplir soigneusement toutes les informations demandées.

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

11 vaccins sont obligatoires depuis 2018

VACCINATIONS	DATES	VACCINATIONS	DATES
Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite (DTP) / Haemophilus influenzae b / Coqueluche		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Pneumocoque		Hépatite B	
Autres (préciser)		Méningocoque	
		BCG (<i>non obligatoire</i>)	

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 (informations nécessaires en cas d'urgence).

☞ Le mineur présente-t-il un **problème de santé** ? oui non

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez :

Si oui, joindre **obligatoirement la copie du justificatif de l'allergologue ou le P.A.I.** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

☞ Suit-il un traitement médical régulier (*toute l'année*) ? OUI NON

Lequel ?

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.

☞ Votre enfant est-il en situation de handicap ? OUI NON

Précisez :

Si oui, bénéficiez-vous d'une AEEH (allocation Education d'Enfant Handicapé) pour votre enfant ? oui non Si oui, fournir le justificatif.

☞ Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI NON

Lequel ?

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

TEL DU MEDECIN TRAITANT :

3- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

MAIL : @

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL PORTABLE TEL TRAVAIL

MAIL : @

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 mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :