Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE : M ☐ F ☐

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids en kg : Taille en cm : (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 (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐
MÉDICAMENTEUSES 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 ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, préciser :

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port de lunettes, lentilles, appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne, etc.

4-RESPONSABLE DU MINEUR
Responsable N°1 : - NOM : - PRÉNOM :
Adresse : Téléphone :
Responsable N°2 : - NOM : - PRÉNOM :
Adresse : Téléphone :

NOM ET TÉL MÉDECIN TRAITANT :

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 : Paraphe(Initiales, valant signature) :