



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

**NOM DU MINEUR :** .....

**PRENOM :** .....

**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 OBLIGATOIRES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polio myélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	<i>Meningocoque C</i>

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

- ALLERGIES : ALIMENTAIRES**  oui  non
- MEDICAMENTEUSES**  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, si oui préciser  oui  non

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : ..... TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL : .....

NOM ET TEL MEDECIN 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 :

Signature :