

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre Obligatoirement la copie du carnet de vaccination



NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M  F

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



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

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

## 2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR



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

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 de 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 :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :  TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :



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 :