



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du mineur :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

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).

I. 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 (précisez)	

II. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :Kg Taille :cm *(information nécessaire en cas d'urgence)*

Suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.



ALLERGIES : ALIMENTAIRES OUI NON
 MEDICAMENTEUSES OUI NON
 AUTRES (*animaux, plantes, pollen*) OUI NON

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

.....

III. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

IV. RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone domicile : / Travail :

N° de téléphone portable :

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone domicile : / Travail :

N° de téléphone portable :

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

Je soussigné (é), 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 périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon son état de santé de ce mineur.

Fait à, le.....

Signature des parents ou du tuteur légal :