

Fiche sanitaire de liaison

Document confidentiel



Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de Naissance : / /

Sexe : M F Autre

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant afin de garantir son accueil dans les meilleures conditions et en toute sécurité (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineur·e·s en séjour de vacances ou en accueil de loisir)

1. Vaccinations

Référez-vous au carnet de santé ou aux certificats de vaccination

Vaccins obligatoires (enfant né avant 2018)	Oui/ Non	Date du dernier rappel
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		

Autres vaccins		Date
BCG		

Vaccins recommandés (obligatoire si enfant né après 2018)	Date
Coqueluche	
Haemophilus	
Rubéole-Oreillons- Rougeole (ROR)	
Hépatite B	
Pneumocoque	
Méningocoque	

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, vous devez joindre un certificat médical de contre-indication

2. Renseignements concernant le ou la mineure

Poids : kg

Taille : cm

Votre enfant est-il menstrué (**réglé**)? Oui Non Non concerné

Un Traitement médical sera-t-il suivi pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et de transmettre à l'équipe de direction ou l'assistant·e sanitaire du séjour les médicaments correspondants, dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

3. Renseignements médicaux

Y-a-t-il des **allergies** à signaler ?

Alimentaires	Oui	Non
Médicamenteuses	Oui	Non
Autres (animaux, plantes, pollens)	Oui	Non

Si oui, précisez :

Si oui, merci de joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Existe-t-il d'autres **problèmes de santé** ? Oui Non

Si oui, précisez :

L'enfant a-t-il des **antécédents** ? (maladie, ancienne blessure, accident, hospitalisation... merci de préciser les dates et les précautions à prendre)

4. Recommandations des parents

Précisez ici tous les éléments utiles : port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

4. Responsables et personnes à contacter

Responsable n°1 :

Nom		Prénom	
Adresse		Téléphone domicile	
		Téléphone portable	
		Téléphone travail	

Responsable n°2 :

Nom		Prénom	
Adresse		Téléphone domicile	
		Téléphone portable	
		Téléphone travail	

Autre personne à contacter :

Nom		Prénom	
Adresse		Téléphone domicile	
		Téléphone portable	
		Téléphone travail	

Médecin traitant :

Nom		Téléphone	
-----	--	-----------	--

Je soussigné·e , responsable légal·e du ou de la mineur·e, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le ou la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires selon l'état de santé de ce·cette mineur·e.

Date :

Signature :

(Si vous avez l'option dans votre logiciel pdf, vous pouvez insérer une image de signature ou signer avec le doigt ou la souris)