



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document Confidentiel

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ECOLE : .....

Classe : .....

SEXE : M

F

Régime alimentaire :  classique  sans porc  sans viande

**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** (joindre obligatoirement la photocopie des vaccins).

2- <b>AUTORISATIONS</b> : Rentrer seul :	OUI	NON*
Photographier et filmer l'enfant :	OUI	NON*
Utiliser les photos pour la promotion :	OUI	NON*
Piscine :	OUI	NON*
Sait nager :	OUI	NON*

\*entourer la mention utile.

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

### 3- 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 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, si oui préciser

Votre enfant a-t-il un PAI :  oui  non Si oui nous fournir le document

Votre enfant bénéficie -t-il de l'AEEH :  oui  non

#### 4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

-----  
-----  
-----

#### 5- RESPONSABLES DU MINEUR

**Responsable 1 :** NOM : ----- PRÉNOM : -----

date de naissance : -----

Adresse postale : -----

TEL PORTABLE : ----- TEL TRAVAIL : -----

Adresse électronique : -----

Nom de l'Employeur : ----- Adresse : -----

Profession : -----

**Responsable 2 :** NOM : ----- PRÉNOM : -----

date de naissance : -----

Adresse postale : -----

TEL PORTABLE : ----- TEL TRAVAIL : -----

Adresse électronique : -----

Nom de l'Employeur : ----- Adresse : -----

Profession : -----

**Personne autorisée à récupérer l'enfant :** NOM : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Ou autre (ex. : nourrice ou voisin...) : .....

Téléphone : .....

**N° D'ALLOCATAIRE CAF :** -----

**ASSURANCE :** NOM : ----- n° contrat : ----- n° tél. : -----

**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 :