

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel

Renseignements concernant l'enfant

NOM.....Prénom :

Date de naissance :

Fille ☐

Garçon ☐

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. Vaccinations : Fournir la copie du carnet de vaccination de votre enfant

Vaccins obligatoires	Vaccins recommandés
Diphtérie Tétanos Poliomyélite Ou DT polio BCG Ou Tétracoq	Coqueluche Haemophilus Rubéole Oreillons Rougeole Hépatite B Pneumocoque BCG

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication : attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

2. Renseignements médicaux concernant l'enfant

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui ☐ Non ☐

L'enfant a-t-il un PAI ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** 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 : ASTHME

oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES

oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES

oui ☐ non ☐

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

oui ☐ non ☐

Précisez

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

Votre enfant présente-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) ? oui ☐ non ☐

Si oui préciser les précautions à prendre :

.....
.....
.....

3. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire ou auditif etc... oui ☐ non ☐

Si oui préciser les précautions à prendre :

.....
.....
.....

4. Responsables de l'enfant

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, 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 :