

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023 - 2024

Document confidentiel

NOM DU·DE LA MINEUR·E :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : F

M

AUTRE

### 1. VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

#### VACCINS OBLIGATOIRES

	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

SI LE·LA MINEUR·E N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES,  
JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

#### VACCINS RECOMMANDÉS

	DATE
Coqueluche	
Haemophilus	
Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Hépatite B	
Pneumocoque	
BCG	
Autres (précisez)	

### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE·LA MINEUR·E

Poids :

Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il·elle 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 Précisez

MÉDICAMENTEUSES : OUI NON Précisez

AUTRES : OUI NON Précisez

*(animaux, plantes, pollen...)*

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

Le-la mineur-e présente-t-il-elle un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

OUI NON

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne...

### 4. RESPONSABLE DU-DE LA MINEUR-E

NOM :

PRÉNOM :

Adresse postale :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Téléphone portable :

Nom et téléphone du-de la médecin traitant-e :

Je soussigné-e \_\_\_\_\_, responsable légal-e du-de la mineur-e, déclare exactes les informations portées sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature (*version électronique : notez votre nom / prénom*)

Le :

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS ET À RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SÉJOUR

COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR :

OBSERVATIONS :