



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## DOCUMENT CONFIDENTIEL

DATE DE VALIDITE : 1<sup>ER</sup> JANVIER AU 31 DECEMBRE 2021

|   |  |   |               |
|---|--|---|---------------|
| Nom   |  |   |               |
| Prénom  |  |   |               |
| Sexe  | Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> |   |               |
| Date de naissance                               | _ _ / _ _ / _ _ _ _  |   | Age : _ _ ans |
| Classe à la rentrée 2020*                       |  | Classe à la rentrée 2021*                           |               |
| <i>*Pour les inscriptions de janvier à juin</i> |  | <i>*Pour les inscriptions de juillet à décembre</i> |               |

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période d'accueil du mineur à l'accueil de loisirs sans hébergement (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles).

### 1. VACCINATIONS (COPIES DES VACCINATIONS obligatoires spécifier nom et prénom de l'enfant concerné)

| VACCINS OBLIGATOIRES |                              | VACCINS RECOMMANDÉS        |                   |
|----------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------|
| Diphtérie            | Rubéole-Oreillons -Rougeole* | Coqueluche                 | Pneumocoque       |
| Tétanos              | Hépatite B*                  | Haemophilus                | BCG               |
| Poliomyélite         | Pneumocoque*                 | Rubéole-Oreillons-Rougeole | Autres (préciser) |
| Coqueluche *         | Méningocoque C*              | Hépatite B                 |                   |
| Haemophilus*         |                              |                            |                   |

\* Pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> Janvier 2018.

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ..... Taille : ..... (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil de loisirs ? oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, une **autorisation parentale** et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE**

### ALLERGIES

ALIMENTAIRES oui  non  Si oui, lesquelles.....  
 MEDICAMENTEUSES oui  non  Si oui, lesquelles.....  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui  non  Si oui, lesquelles.....

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

Tournez SVP →

Le mineur présente-t-il 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, etc ...

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

### REGIME ALIMENTAIRE

PAI (protocole) oui  non  VEGETARIEN (sans poisson) oui  non   
SANS PORC oui  non  VEGETARIEN (avec poisson) oui  non

### AUTRES :

BAIGNADE -SAIT NAGER : oui  non  (si oui, joindre une attestation à la pratique aquatique)  
SIESTE : oui  non  selon ces besoins/envies

**Merci de prévenir tout changement en cours d'année**

### 4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE- *les responsables légaux seront informés prioritairement*

| A contacter en cas d'urgence par ordre croissant | Nom | Prénom | Tél | Lien avec l'enfant | Adresse (ville) |
|--|-----|--------|-----|--------------------|-----------------|
| ①  |     |        |     |                    |                 |
| ②  |     |        |     |                    |                 |
| ③  |     |        |     |                    |                 |

### 5. RESPONSABLE DU MINEUR

**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 MEDECIN TRAITANT ..... TEL .....

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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**Date et signature :**

### OBSERVATIONS :

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