

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023



NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

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 la photocopie des vaccins obligatoires)

VACCINATION OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (précisez)	

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

2. RENSEIGNEMENT 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.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES.

RUBEOLE			VARICELLE			ANGINE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ			SCARLATINE		
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON
COQUELUCHE			OTITE			ROUGEOLE			OREILLONS					
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON			

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

ALLERGIES :

Alimentaire : oui non Si oui lesquelles :

Médicamenteuse : oui non Si oui lesquelles :

Autres (animaux, pollen, plantes etc...) oui non Si oui lesquelles :

Régimes alimentaires particulier : oui non Si oui lesquels :

Pour toutes allergies, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir ou le cas échéant le PAI.

Le mineur présente-t-il un problème de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) Si oui précisez.

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

3. RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS.

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant etc...

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

4. RESPONSABLE DU MINEUR.

Responsable n°1 : Nom, Prénom :

Adresse :

Tel Portable : Tel domicile :

Tel Travail :

Responsable n°2 : Nom, Prénom :

Adresse :

Tel portable : Tel domicile :

Tel travail :

Nom et Tel du médecin 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 nécessaire selon l'état de santé de ce mineur.

Autorise, en cas d'urgence, la directrice de l'A.C.M. Les Copains d'Abord à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant.

M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.

Date :

Signature du responsable légal :