

# FICHE SANITAIRE DE LIASON DOCUMENTS CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de Vaccination

NOM DU MINEUR : .....PRENOM : .....

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

LANGUES PARLEES : .....

Date du séjour : .....Cours ESF : Oui:.... NON :.... Si oui horaire :

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 (Se référer au carnet de santé ou aux carnet de vaccinations)**

Vaccins Obligatoires	Date des Derniers Rappels		Date des Derniers rappels
Diphtérie		Pneumocoque	
Tétanos		Méningocoque Type C	
Poliomyélite		<b>Vaccins recommandés :</b>	
Coqueluche		BCG	
Haemophilus Influenza type B		Autres :	
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Hépatite B			

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

## **2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

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 :....

MEDICAMENTEUSES 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 précisez :

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

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

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

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

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 :

Nom : ..... Prénom.....

Tél:.....

Responsable N°2 :

Nom : ..... Prénom.....

Tél:.....

Personnes autorisées à venir chercher le Mineur :

Nom : ..... Prénom..... Lien avec l'enfant : .....

Tél:.....

Nom : ..... Prénom..... Lien avec l'enfant : .....

Tél:.....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. **J'autorise le responsable de la Garderie à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur et notamment d'organiser une évacuation par les pompiers.**

Date :

Signature :