



DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS

POLE ÉGALITÉ DES CHANCES DIRECTION ENFANCE JEUNESSE SPORTS

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## DOCUMENT CONFIDENTIEL

DATE DE VALIDITE : 10 JUILLET 2017 AU 9 JUILLET 2018

Nom	
Prénom	
Sexe	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Date de naissance	__ / __ / ____ <u>Age</u> : __ ans
Classe à la rentrée 2017	

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 (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	Préciser les dates des vaccins
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-OreillonsRougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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 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.**

Tournez SVP →

**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**.  
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,...

.....

.....

.....

<b><u>BAIGNADE :</u></b>	<input type="checkbox"/> Sait nager	<input type="checkbox"/> Ne sait pas nager	<b>Merci de prévenir tout changement en cours d'année</b>
<b><u>SIESTE :</u></b>	<input type="checkbox"/> Fait la sieste	<input type="checkbox"/> Ne fait pas la sieste	

**4. RESPONSABLE DU MINEUR**

**NOM**..... **PRENOM**.....

**ADRESSE** .....

.....

**TEL DOMICILE :** ..... **TEL. TRAVAIL :** .....

**TEL PORTABLE :** .....

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

**Date et signature :**

**OBSERVATIONS :**

.....

.....

.....

.....