FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR : ……

PRENOM : ……

DATE DE NAISSANCE : ……../ ……/……

SEXE : M ☐ F ☐

La fiche médicale doit être remplie <u>extrêmement scrupuleusement</u>, si une information n'y figurait pas et que cela porte préjudice à l'enfant, la responsabilité de la famille serait engagée.

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				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

Votre enfant présente-t-il un problème de santé, **si oui préciser** ☐ Oui ☐ Non

……

……

……

Suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ No

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non

Précisez ……

Si oui, joindre un **certificat médical** et un PAI, dûment rempli par votre médecin traitant en précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la conduite à tenir

Chaque médicament doit être dans son emballage d'origine, marqué au nom et prénom de votre enfant, le tout dans une boîte plastique ou sac propre.

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…

……

……

……

……

A noter : Aucun médicament ne pourra être administré sauf cas exceptionnel et sur présentation de l'ordonnance.

RESPONSABLES 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 ET TEL 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 de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :