

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

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

DATE DE NAISSANCE...../...../..... SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1. RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM..... PRENOM.....
ADRESSE.....

TEL DOMICILE.....TEL TRAVAIL.....PORTABLE.....

Responsable N°2 : NOM..... PRENOM.....
ADRESSE.....

TEL DOMICILE.....TEL TRAVAIL.....PORTABLE.....

2. VACCINATION

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE ATTESTATION DU MEDECIN CERTIFIANT QUE LE MINEUR EST A JOUR DES VACCINS, A DEFAUT, JOINDRE LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION

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

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

| | | |
|-----------------------------------|-----|-----|
| ALLERGIES : ALIMENTAIRES | OUI | NON |
| MEDICAMENTEUSES | OUI | NON |
| AUTRES (animaux, plantes, pollen) | OUI | NON |

Précisez.....

Si oui, joint 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 préciser OUI NON

Un PAI est-il mis en place pour l'accueil du mineur en temps scolaire OUI NON

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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 :