



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination



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)⁷.

Nom du mineur : Prénom :

Né(e) le :/...../..... Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3) mais ne sont pas encore concernés par ce formulaire.

VACCINS 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

Poids : kgs Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si OUI, joindre d'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 pris sans ordonnance.

⁷ Permet aux familles de transmettre des informations importantes concernant la santé de l'enfant au responsable du groupe (ou à l'assistant sanitaire). En cas d'accident ou de maladie, elle permet au responsable du groupe (ou à l'assistant sanitaire) de transmettre immédiatement aux professionnels de santé les éléments nécessaires à une prise en charge immédiate et efficace de l'enfant.

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

Si oui joindre un **certificat médical** précisant les causes de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

RESPONSABLE 1 : NOM **PRÉNOM**

.....

TÉL. PORTABLE :

RESPONSABLE 2 : NOM PRÉNOM

.....

TÉL. PORTABLE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

Date :

Signature