

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## *DOCUMENT CONFIDENTIEL*

DATE DE VALIDITE : 1<sup>ER</sup> JANVIER AU 31 DECEMBRE 2024  
Merci de remplir ce document en lettres CAPITALES

Nom			
Prénom			
Sexe	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>		
Date de naissance	__ / __ / ____		Age : __ ans
Classe à la rentrée 2023* <small>* Pour les inscriptions de janvier à juin</small>		Classe à la rentrée 2024* <small>* Pour les inscriptions de juillet à décembre</small>	

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).

Il vous appartient de nous indiquer tout changement qui aurait lieu en cours d'année.

### 1- RESPONSABLE 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 MEDECIN TRAITANT ..... TEL .....

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 :**

### 2- RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc ...

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

#### REGIME ALIMENTAIRE :

PAI oui non      VEGETARIEN oui non  
(avec poisson)

SANS PORC oui non

#### AUTRES :

BAIGNADE -SAIT NAGER : oui non      En fonction de nos besoins, fournir une attestation à la pratique aquatique.

SIESTE : oui non      Selon ses besoins / envies

### 3- VACCINATIONS (COPIES DES VACCINATIONS obligatoires spécifier nom et prénom de l'enfant concerné)

VACCINS OBLIGATOIRES		VACCINS RECOMMANDÉS	
Diphtérie	Rubéole-Oreillons -Rougeole*	Coqueluche	Pneumocoque
Tétanos	Hépatite B*	Haemophilus	BCG
Poliomyélite	Pneumocoque*	Rubéole-Oreillons- Rougeole	Autres (préciser)
Coqueluche *	Méningocoque C*	Hépatite B	
Haemophilus*			

\* Pour les enfants nés après le 1er Janvier 2018

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

### 4- 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, une **autorisation parentale 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.**

#### ALLERGIES

ALIMENTAIRES      o u i  non  Si oui, lesquelles.....

MEDICAMENTEUSES      o u i  non  Si oui, lesquelles.....

AUTRES (animaux, plantes, pollen)      o u i  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

.....

.....

.....

.....

### 5- PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE - Les responsables légaux seront informés prioritairement

A contacter en cas d'urgence par ordre croissant	Nom	Prénom	Tél	Lien avec l'enfant	Adresse (ville)
1					
2					
3					

### 6- OBSERVATIONS (réservé à la direction) :

.....

.....

.....

.....