

 RÉPUBLIQUE FRANÇAISE MINISTÈRE DE LA JEUNESSE DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE	FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOCUMENT CONFIDENTIEL Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination
---	--

NOM DU MINEUR : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

SEXE : M F

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

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Haemophilus	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pneumocoque	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser) :	

→ Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

→ Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice).

À noter qu'aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES :

⇒ ALIMENTAIRES : oui non

⇒ MÉDICAMENTEUSES : oui non

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

→ Si oui, préciser :

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 ? oui non

→ Si oui, préciser :

Le mineur bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? oui non

→ Si oui, joindre une **copie du dernier PAI**.

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

⇒ NOM ET TEL du MÉDECIN TRAITANT :

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Père : NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TEL DOMICILE: _____ TEL TRAVAIL : _____

TEL PORTABLE : _____

Mère : NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TEL DOMICILE: _____ TEL TRAVAIL : _____

TEL PORTABLE : _____

- 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 selon l'état de santé de mon enfant.

- Je m'engage à rembourser l'Association de tous les frais médicaux qui auraient été avancés pour mon enfant.

Date : ____ / ____ / ____ Signature [père] : _____ Signature [mère] : _____