

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :  M  F

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).

## 1-VACCINATION

- Je joins en annexe la copie du carnet de vaccination du mineur.  
 Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, je joins un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

## 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 l'ordonnance 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 la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

Joindre un certificat médical si nécessaire.

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 PAI en cours.

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

⇒ Nom et tél du médecin traitant :

⇒ N° de Sécurité Sociale d'affiliation de l'enfant :

Sa communication facilite la prise en charge sanitaire urgente de votre enfant.

## 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] :