

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : ☐ Féminin ☐ Masculin

Numéro de sécurité sociale ou Assurance privée :

Nom et Téléphone du médecin traitant :

1-VACCINATIONS : (joindre obligatoirement : copie du carnet de vaccination ou certificat)

VACCINS	Oui	Non	Date rappel	VACCINS	Oui	Non	Date de rappel
Diphtérie				Méningocoque de serogroupe C			
Tétanos				ROR Rougeole, Oreillons, Rubéole			
Poliomyélite(DTP)				Pneumocoque			
Coqueluche				Autre :			
Haemophilus influenzae B				Autre :			
Hépatite B				Autre :			

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTREINDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES : ☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES : ☐ oui ☐ non

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

Précisez :

Si oui, remplir le PAI (à demander au périscolaire)

MALADIES :

Le mineur a-t'il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole ☐ oui ☐ non

Varicelle ☐ oui ☐ non

Angine ☐ oui ☐ non

Scarlatine ☐ oui ☐ non

Coqueluche ☐ oui ☐ non

Otite ☐ oui ☐ non

Rougeole ☐ oui ☐ non

Oreillons ☐ oui ☐ non

Rhumatisme articulaire aigu ☐ oui ☐ non

Le mineur présente-t-il un **problème de santé ou de handicap** :

.....

.....

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (lunettes, appareillages, comportement de l'enfant...)

.....

.....

.....

.....

4-RESPONSABLES 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 :

Je soussigné(e)....., responsable 1 légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Je soussigné(e)....., responsable 2 légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :