

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 26/27

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 :