

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : F M

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 vacances ou en accueil de loisirs)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rougeole	Varicelle	Oreillons	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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

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

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance)

ALLERGIES : ALIMENTAIRES Oui Non

MEDICAMENTEUSES Oui Non

AUTRES Oui Non

Précisez :

*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, précisez :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : port de lunettes, de lentilles, d'appareils auditifs ou dentaires, comportement de l'enfant,

.....
.....

RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable n°1

NOM : PRENOM

ADRESSE :

.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE.....

Responsable n°2 :

NOM : PRENOM

ADRESSE :

.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE.....

MEDECIN TRAITANT

NOM TELEPHONE.....

DEPART DU MINEUR :

Je, soussignée Agissant en temps que père , mère , représentant légal :

autorise mon enfant à quitter les activités seul (e)

n'autorise pas mon enfant à quitter les activités seul (e).

J'autorise les personnes suivantes à venir récupérer l'enfant nommé ci-dessus :

Merci d'indiquer les noms, prénoms, numéro de tel et le lien avec l'enfant :

NOM et LIEN TELEPHONE.....

NOM et LIEN..... TELEPHONE.....

Je, soussignée,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :