

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineur en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :// **SEXE :** M F

1 - L'INSCRIPTION

Nom du Séjour :

Date : du au

- Joindre au dossier :
- ATTESTATION d'ASSURANCE EXTRASCOLAIRE/RESPONSABILITE CIVILE
 - COPIE DES VACCINS
 - ADHESION ALDP: date//

2 - RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE :

Mail :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE :

Mail :

Numéro de sécurité sociale :

Numéro de CAF :

NOM DU MEDECIN TRAITANT : TEL :

3 - VACCINATIONS

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---|-----|-----|----------------------------|---------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | ROR | |
| Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

9 rue Camille Desmoulins - 66000 PERPIGNAN

4 - 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 (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 (animaux, plantes, pollen): 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

Précisez.....

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

6 - LES AUTORISATIONS

❖ Régime alimentaire: Classique Végétarien

❖ Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Copie de la carte d'identité)

NOM: PRÉNOM:

TEL DOMICILE: TEL PORTABLE:

NOM: PRÉNOM:

TEL DOMICILE: TEL PORTABLE:

❖ Le droit à l'image

Accord pour que l'enfant soit photographié ou filmé durant le séjour oui non

Cette autorisation comprend le droit de reproduire, de représenter et de communiquer au public, notamment par internet. Ces dispositions sont portées à ma connaissance dans le cadre de l'application de la législation relative au respect du droit à l'image et au respect de la vie privée.

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

Date:

Signature: