

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
 DOCUMENT CONFIDENTIEL
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

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 collectif de mineurs).

NOM ET PRENOM DU MINEUR :

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations). Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3). SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

ALLERGIES : ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

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, si oui préciser oui non

.....

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Pratique alimentaire, port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énuésie nocturne:

.....

4- NOM et TEL MEDECIN TRAITANT :

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

Date :

Signature :