

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## MINEUR ACCUEILLI :

NOM : ..... PRÉNOM:.....  
 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

SEXE :  GARÇON  FILLE  
 POIDS : .....Kg

## VACCINATIONS :

(le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé, en notant le nom et prénom du mineur concerné)

Vaccins obligatoires*	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

\* Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI :

### a/ Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires :  OUI  NON Préciser : .....

Allergies médicamenteuses :  OUI  NON Préciser : .....

Autres allergies :  OUI  NON Préciser : .....

Asthme :  OUI  NON

Diabète :  OUI  NON

Epilepsie :  OUI  NON

Autres :  OUI  NON Préciser : .....

### b/ Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage marqué au Nom et Prénom du mineur, avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans l'ordonnance*

c/ **Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?**

OUI       NON

Si oui, **prendre contact avec le Directeur** de l'accueil de loisirs ou du séjour avec hébergement.

d/ **Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, antécédents d'accident, d'opération,...):**

.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie, a-t-il un régime alimentaire particulier...)** :

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

**RESPONSABLE (S) DU MINEUR :**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Téléphone travail : .....

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné (e), .....responsable légal du mineur.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

DATE :

SIGNATURE :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur.