

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## DOCUMENT CONFIDENTIEL

(à remettre sous pli cacheté si nécessaire)

Date de validité : 1 septembre 2025 au 31 août 2026

|                                                |                                                                |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| NOM                                            |                                                                |
| PRENOM                                         |                                                                |
| SEXE                                           | Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> |
| DATE DE NAISSANCE                              | __/__/____ Age : __ ans                                        |
| Numéro de sécurité sociale rattaché à l'enfant |                                                                |
| Classe pour l'année 2024-2025                  |                                                                |

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période d'accueil du mineur à l'accueil de loisirs sans hébergement (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et des familles). Ce document sera détruit par nos soins à la fin de la période de validité.

## 1. VACCINATIONS (COPIES DES VACCINATIONS obligatoires, spécifier nom et prénom de l'enfant concerné)

| VACCINS OBLIGATOIRES |                                                              | VACCINS RECOMMANDES |                                |
|----------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| Diphtérie            | Rubéole – Oreillons – Rougeole *                             | Coqueluche          | Rubéole – Oreillons – Rougeole |
| Tétanos              | Hépatite B *                                                 | Haemophilus         | Pneumocoque                    |
| Poliomyélite         | Pneumocoque *                                                | Hépatite B          | Autres (préciser) :            |
| Coqueluche *         | Méningocoque *                                               | BCG                 |                                |
| Haemophilus          | * Pour les enfants nés après le 1 <sup>er</sup> janvier 2018 |                     |                                |

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ..... Taille : ..... (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil de loisirs ? Oui ☐ Non ☐

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

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.

## ALLERGIES

Alimentaires : Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquelles.....

Médicamenteuses : Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquelles.....

Autres (animaux, plantes, pollen) : Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquelles.....

Si oui, joindre un **certificat médical** ou **Projet d'Accueil Individualisé** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier** (opération, hospitalisation...) qui nécessite la transmission d'informations médicales, des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui ☐ Non ☐

.....

.....

.....

.....

.....

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie diurne et/ou nocturne, etc...

.....

.....

.....

### 4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE – Les responsables légaux seront informés prioritairement.

| A contacter en cas d'urgence par ordre croissant après les parents | Nom | Prénom | Téléphone | Lien avec l'enfant | Adresse (ville) |
|--------------------------------------------------------------------|-----|--------|-----------|--------------------|-----------------|
| 1                                                                  |     |        |           |                    |                 |
| 2                                                                  |     |        |           |                    |                 |
| 3                                                                  |     |        |           |                    |                 |

### 5. RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable n°1 : NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél portable : ..... Tél travail : .....

Responsable n°2 : NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél portable : ..... Tél travail : .....

Nom du Médecin traitant : ..... tél : .....

Adresse : .....

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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature :