

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Document confidentiel

Date de validité : du 1<sup>er</sup> septembre 2023 au 31 août 2024

<b>NOM</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Genre</b>	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
<b>Date de naissance</b>	/ / Age :
<b>Classe</b>	
<b>Médecin traitant</b>	Tel :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période d'accueil du mineur aux écoles et au centre de loisirs la LoCollective (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).

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

VACCINS OBLIGATOIRES		VACCINS RECOMMANDES	
Diphtérie	Rubéole-Oreillons-Rougeole*	Coqueluche	Pneumocoque
Tétanos	Hépatite B*	Haemophilus	BCG
Poliomyélite	Pneumocoque*	Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Coqueluche*	Méningocoque C*	Hépatite B	
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

Le mineur suit-il un **traitement médical** pendant les temps d'accueils ?  Oui  Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, une **autorisation parentale** et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage 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** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

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

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

Tournez SVP →

**AUTRES :**

BAIGNADE –SAIT NAGER- Oui

Non

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, l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaire par l'état de santé de ce mineur.

**Date et Signature :**

**Précédées de la mention « Lu et approuvé »**

**Nom Prénom Parent 1**

**Nom Prénom Parent 2**