



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

ANNÉE
2025 - 2026

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M F

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 de loisirs).

1 - VACCINATION (Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

Vaccins obligatoires à jour : (Diphertie, Tétanos & Polimylite) OUI NON

Vaccins recommandés : (BCG, Coqueluche, etc.)

2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg ; Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 : ALIMENTAIRE OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : OUI NON

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé actuel ? OUI NON
Si oui, veuillez préciser. Merci d'indiquer également ses antécédents médicaux (maladies chroniques, allergies, traitements en cours, hospitalisations, etc.)

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

4 - RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE

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

Date :

Signature :

« Je m'engage à informer l'équipe encadrante de tout changement concernant l'état de santé de mon enfant ou ses traitements médicaux. »