

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

DATE DE VALIDITE : 1^{ER} JANVIER AU 31 DECEMBRE 2026

Merci de remplir ce document en lettres CAPITALES

Nom			
Prénom			
Sexe	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>		
Date de naissance	_ _ / _ _ / _ _ _ _ Age : _ _ ans		
Classe à la rentrée 2025*		Classe à la rentrée 2026*	
* Pour les inscriptions de janvier à juin			
* Pour les inscriptions de juillet à décembre			

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).

Il vous appartient de nous indiquer tout changement qui aurait lieu en cours d'année.

1- RESPONSABLE 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 MEDECIN TRAITANT TEL

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 mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :

2- RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES

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

REGIME ALIMENTAIRE :

PAI ☐oui ☐non VEGETARIEN ☐oui ☐non
(avec poisson)
SANS PORC ☐oui ☐non

AUTRES :

BAIGNADE -SAIT NAGER : ☐oui ☐non En fonction de nos besoins, fournir une attestation à la pratique aquatique.
SIESTE : ☐oui ☐non ☐Selon ses besoins / envies

3- VACCINATIONS (COPIES DES VACCINATIONS obligatoires spécifier nom et prénom de l'enfant concerné)

VACCINS OBLIGATOIRES		VACCINS RECOMMANDÉS	
Diphtérie	Rubéole-Oreillons -Rougeole*	Coqueluche	Pneumocoque
Tétanos	Hépatite B*	Haemophilus	BCG
Poliomyélite	Pneumocoque*	Rubéole-Oreillons- Rougeole	Autres (préciser)
Coqueluche *	Méningocoque C*	Hépatite B	
Haemophilus*			

* Pour les enfants nés après le 1er Janvier 2018

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

4- 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, 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 o u i ☐ non ☐ Si oui, lesquelles.....
MÉDICAMENTEUSES o u i ☐ non ☐ Si oui, lesquelles.....
AUTRES (animaux, plantes, pollen) o u i ☐ 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** (informations sous pli cacheté), **des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter** ? oui ☐ non ☐

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

5- PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE - Les responsables légaux seront informés prioritairement

A contacter en cas d'urgence par ordre croissant	Nom	Prénom	Tél	Lien avec l'enfant	Adresse (ville)
1					
2					
3					

6- OBSERVATIONS (réservé à la direction) :

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