MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

1- ENFANT

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE :

GARCON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECEUILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT (L'ARRETE DU 20 FEVRIER 2003 RELATIF AU SUIVI SANITAIRE DES MINEURS EN SEJOURS DE VACANCES OU EN ACCUEIL DE LOISIRS).

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDEES	DATES
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyelite	☐	☐		Coqueluche	
Ou DT Polio	☐	☐		Haemophilus	
Ou Tétracoq	☐	☐		Pneumocoque	
BCG	☐	☐		Autre (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour? Oui ☐ Non ☐

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 pris sans ordonnance

L'ENFANT A T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐
COQUELUCHE		**OTITE**		**ROUGEOLE**		**OREILLONS**			
oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐		

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES

PRECISSEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, COMPORTEMENT DE L'ENFANT, DIFFICULTÉS DE SOMMEIL... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? ☐ oui ☐ non
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? ☐ oui ☐ non

5- INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : ☐ DE LA CMU
☐ D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date: Signature