



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé

NOM DU MINEUR .....

PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE ..... / ..... / ..... SEXE  F  M

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueil de loisirs ou en séjour de vacances).

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

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR.

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

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES OUI NON  
MEDICAMENTEUSES OUI NON  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) OUI NON

Précisez .....

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, OUI NON  
**si oui** préciser,

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

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....  
.....

Alimentation : sans porc OUI NON

#### A compléter uniquement pour les enfants en situation de handicap

- Afin d'accompagner au mieux l'enfant (moyens humain et matériel) et de répondre aux demandes d'éléments de notre partenaire CAF, merci d'indiquer le type de handicap

.....  
.....

- A t-il un dossier MDPH ou une demande en cours ? : OUI NON

**si oui**, est-il accompagné par une AESH ? OUI NON

- Pour une coordination des actions, autorisez-vous l'équipe de la Maison de quartier à prendre contact avec les professionnels qui le suivent ? : OUI NON

**si oui**, merci d'indiquer les coordonnées des structures et/ou des spécialistes qui le suivent :

.....  
.....

### 4- RESPONSABLE DU MINEUR

**Responsable N°1.** Nom Prénom .....  
Adresse.....

.....  
Tél Domicile ..... Tel Portable.....  
Tel travail .....

**Responsable N°2.** Nom Prénom .....  
Adresse.....

.....  
Tél Domicile ..... Tel Portable.....  
Tel travail .....

Nom et Tél du médecin traitant.....

N° Sécurité Sociale .....

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 les mesures rendues nécessaire selon l'état de santé de ce mineur

Date :

Signature :