

**ALLERGIES** : ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

DOCUMENT CONFIDENTIEL

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez .................................................................................................................

Si oui, joindre un précisant la cause de l’allergie, les **signes évocateurs** et la

# conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** oui non

F

M

SEXE :

NOM DU MINEUR : ................................................................................

PRENOM : ..............................................................................................

DATE DE NAISSANCE : ......../ ......... /................................

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

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

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

loisirs).

# VACCINATION

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINATIONS OBLIGATOIRES** | **Oui** | **Non** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Coqueluche |  |
| Tétanos |  |  |  | Haemophilus |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Rubéole-Oreillons- Rougeole |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Pneumocoque |  |
|  |  |  |  | BCG |  |
|  |  |  |  | Autres (préciser) |  |

SI LE MINEUR N’A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE- INDICATION.

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**



Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de



# Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

1. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

 difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…

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

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

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

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

# 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,

 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 :