**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

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

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

SEXE :

M

F

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

S’il s’agit d’une fille, est-elle réglée **** oui  non

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) |  |

Merci de nous transmettre la copie du carnet de vaccination. 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 :