SALÉSIENNE DE PARIS
– 1913 –

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

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

PRÉNOM : ..... .....

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

SEXE : M ◯ F ◯

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....

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

## 1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

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

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 correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

ALLERGIE:

| | | |
|---|---|---|
| ALIMENTAIRES | ◯ Oui | ◯ Non |
| MÉDICAMENTEUSES | ◯ 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, si oui précisez ? ◯ Oui ◯ Non

.....

.....

.....

.....

## 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 4- RESPONSABLE DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TÉL DOMICILE : .....

TÉL TRAVAIL : .....

TÉL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TÉL DOMICILE : .....

TÉL TRAVAIL : .....

TÉL PORTABLE : .....

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT : .....

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

Date : Signature :