



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

En utilisant la dernière version de PDF, vous pourrez insérer la photo de votre enfant et également signer en ligne en cliquant sur l'onglet outil puis signer.

La photo de votre enfant, étant du JPEG, le logiciel le prendra en compte. Puis vous faite la même manipulation pour votre signature.

NOM DU MINEUR

Prénom du Mineur

Date de naissance

Numéro de Sécurité Sociale

Sexe : F Case à cocher M Case à cocher

1- Vaccination

| VACCINATION OBLIGATOIRE | OUI | NON | DATE | VACCINATION RECOMMANDEE | DATE |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|------|----------------------------|------|
| Diphtérie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Coqueluche | |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | | |

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

- ALLERGIES :

ALIMENTAIRES Oui Case à cocher Non Case à cocher

Préciser :

Le certificat du médecin/allergologue... devra être transmis

Médicamenteuses Oui Case à cocher Non Case à cocher

Préciser :

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : Préciser :

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

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

difficultés de sommeil, énurésie nocturne, régime alimentaire particulier (végan, sans porc,...) etc

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 :

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

Responsable N°2 :

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e) , responsable légal du mineur, déclare exact les renseignements ci-dessus 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