



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SUC VACANCES

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M ☐ F ☐

1- VACCINATION

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS OU OBLIGATOIRE POUR LES ENFANTS NES APRES LE 01/01/2018	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Méningocoque C	
				Autres (préciser)	

Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

Joindre un certificat médical en cas de contre-indication vaccinale.

DATE DU PROCHAIN VACCIN :

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm ; (information nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir le **PAI** avec une ordonnance récente et les médicaments correspondants marqués au nom de l'enfant.

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.

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non

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

.....
.....

Le mineur a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rougeole : ☐ oui ☐ non Varicelle : ☐ oui ☐ non Angine : ☐ oui ☐ non

Coqueluche : ☐ oui ☐ non Otite : ☐ oui ☐ non Rubéole : ☐ oui ☐ non

Scarlatine : ☐ oui ☐ non Oreillons : ☐ oui ☐ non

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légale 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 :