



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRÉNOM : .....

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

SEXE : M  F

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)

<u>VACCINATIONS OBLIGATOIRES</u>	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	DATES
				<i>(obligatoire pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2018)</i>	
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 MÉDICAL 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.**

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**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser**  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, régime alimentaire, etc...

## 4- 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 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 :

## DÉPART DE L'ENFANT APRÈS LES ACTIVITÉS

Pour les couples divorcés, il est impératif de nous signaler avant les changements de garde, quel est le parent qui est en charge de chercher l'enfant.

Cette précision permettra à l'équipe d'éviter des impairs qu'elle ne peut maîtriser sans informations.

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

### **Personnes autorisées à chercher l'enfant :**

*(Nom, prénom, numéro de téléphone et lien de parenté)*

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

***Sans cette autorisation l'enfant ne pourra être confié à la personne qui se présente.***

*(La personne qui cherche l'enfant devra présenter une pièce d'identité)*

## DROIT À L'IMAGE

J'autorise l'utilisation de l'image de mon enfant, dans le cadre de ses activités, sur les différents supports de communication du CSC.

*(Site internet, plaquette annuelle des activités, réseaux sociaux...)*

J'autorise mon enfant à rentrer seul

Fait à Strasbourg,

Le : .....

Signature :