

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Cerfa n°10008\*02

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

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)

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

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

### 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.

#### REGIME ALIMENTAIRE :

- Sans bœuf  Sans cabri  
 Sans porc  Sans agneau

ALLERGIES : 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 préciser  oui  non

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

### 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- ACTIVITES SPORTIVES ET BAINADES

J'autorise mon enfant à participer aux sorties pédagogiques, culturelles et de loisirs :

oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux activités sportives :

oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades :

oui  non

\* Joindre obligatoirement une attestation médicale d'aucune contre-indication à la pratique sportive et baignade.

### 5 – AUTORISATION POUR L'USAGE DE PHOTOGRAPHIE ET/OU L'USAGE D'ENREGISTREMENTS VIDEOS

- J'autorise les organisateurs désignés ci-dessus à utiliser les photographies de notre enfant dans le cadre des ACM uniquement.  
 Déclare refuser que notre enfant soit photographié dans le cadre des ACM

### 6 - AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul :  oui  non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

NOM/Prénom : ..... Tél : .....

NOM/Prénom : ..... Tél : .....

NOM/Prénom : ..... Tél : .....

### 7 – DECLARATION DU REPRESENTANT LEGAL DU MINEUR

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

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 :