

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	
				Hépatite 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 BAINNADES

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 :