



# 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)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (à 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  
MÉDICAMENTEUSE  oui  non  
AUTRES (animaux, plante, 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 précisez :  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 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 MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire et  autorise,  n'autorise pas le responsable du stage organisé par la Ligue Méditerranée à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales...) selon l'état de santé de ce mineur.

Date : .....

Signature du représentant légal :  
(précédée de la mention lu et approuvé)