Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

et autorisations parentales

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM/PRENOM DU MINEUR : .....

N° SÉCURITE SOCIALE AFFILIÉ : .....

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

SEXE : M ☐ F ☐

NOM DU SEJOUR : .....du ..... /..... au ..... /.....

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 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

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

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : .....

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 : .....
☐père ☐mère ☐tuteur
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
☐père ☐mère ☐tuteur
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.
- autorise le responsable du groupe à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (faire anesthésier et opérer mon enfant en cas d'extrême urgence).
- autorise mon enfant à pratiquer les activités prévues dans le centre de vacances pour lequel il/elle est actuellement inscrit(e).
- ☐ autorise / ☐ n'autorise pas l'équipe d'animation et ALTIA à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique à l'usage exclusif du service, pour la présentation et l'illustration des séjours proposés aux enfants. **Attention, vos enfants n'apparaîtront pas sur le blog du séjour si vous n'autorisez pas le droit à l'image.**

Lieu et date : Signature :