



FICHE SANITAIRE DE LIAISON DU VOLVESTRE

Joindre copie du carnet de vaccination



NOM Prénom :

Date de naissance :

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 – Responsables légaux du mineur :

	Responsable 1	Responsable 2
NOM Prénom		
Adresse		
Téléphone portable Téléphone travail		
Mail		

En cas de suspicion covid-19, j'autorise mon enfant à s'auto-tester : ☐ Oui ☐ Non

J'autorise la diffusion d'images de mon enfant au sein des eedf : ☐ Oui ☐ Non

2 – Informations concernant le/la mineur.e :

Poids :kg Médecin traitant :

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché.e :

Traitement médical ? ☐ Non ☐ Oui (joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant, AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE)

Si c'est une fille, est-elle réglée ? ☐ Oui ☐ Non

Régime alimentaire spécifique (allergie, intolérance, croyance, conviction, ...) ?

.....
.....

Allergie ? Précisez : signes évocateurs, conduite à tenir, traitement.

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

Le/la mineur.e présent-t-il/elle un problème de santé, si oui préciser (lunettes, appareil dentaire ou auditif, comportements de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie, encoprésie, antécédents sanitaires, ...) : ☐ oui ☐ non

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

3 – Vaccination (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

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)	

Je soussigné.e, responsable légal du/de la mineur.e, déclare exacts les renseignements postés sur cette fiche sanitaire et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le/la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce/cette mineur.e.

Date :

Signature :