



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : TARARA

PRENOM : Typhaine

DATE DE NAISSANCE : 20/06/2015

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	X		14.02.22	Coqueluche	14.02.22
Tétanos	X		14.02.22	Haemophilus	14.02.22
Poliomyélite	X		14.02.22	Rubéole-Oreillons-Rougeole	20.05.17
				Hépatite B	05.07.16
				Pneumocoque	05.07.16
				BCG	28.07.15
				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 : 130.....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
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

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 : TARARA PRÉNOM : Sidney 93140
ADRESSE : Ind. nouvelle de villemonville

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE : 0647214251

Responsable N°2 : NOM : Josephine PRÉNOM : Mayleime
ADRESSE : 18 rue de cheneceur 93300 Aubervilliers

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE : 0650187657

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : Bittan talal 0149717171

Je soussigné(e) TARARA Sidney, 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 : 23.01.23

Signature :