

# FICHE SANITAIRE de LIAISON

## DOCUMENT CONFIDENTIEL

JOINDRE **OBLIGATOIREMENT**  
**LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant  
(Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## COLOS PÂQUES 2025 / ENFANTS DE 8 A 12 ANS

NOM DU MINEUR.E :		PRÉNOM :	
DATE DE NAISSANCE :	..... / ..... / 20 .....	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>

### 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

**RAPPEL - OBLIGATOIRE - JOINDRE UNE COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTÉ**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				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**

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

**AU BESOIN, COMPLÉTER EN PAGE 4 EN INDIQUANT LE N° DE RUBRIQUE CORRESPONDANT**

POIDS EN KGS :		TAILLE EN CM :	
----------------	--	----------------	--

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

À TITRE INDICATIF : LE MINEUR A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	AUTRES
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

2A. LE MINEUR SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL PENDANT SA PRÉSENCE AU CENTRE DE LOISIRS OU LE SÉJOUR?

OUI / NON

SI OUI (\*) - PRÉCISER :

(\*) JOINDRE UNE ORDONNANCE RÉCENTE ET LES MÉDICAMENTS CORRESPONDANTS.

Les boîtes de médicaments seront dans leur emballage d'origine **marquées au nom de l'enfant** avec la notice.

**AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

<b>2B. ALLERGIES :</b>	<b>OUI / NON</b>
<b>SI OUI - DE QUEL TYPE ?</b>	Asthme / Alimentaire / Médicaments / Autre (à préciser) ...
<b>PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :</b>	

<b>2C. P.A.I (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) EN COURS :</b>	<b>OUI / NON</b>
<b>SI OUI - (Joindre le protocole et toutes informations utiles):</b>	

<b>2D. CONTRE-INDICATIONS MEDICALES :</b>	<b>OUI / NON</b>
<b>SI OUI - PRÉCISER :</b>	

<b>2E. DIFFICULTÉS DE SANTÉ :</b>	<b>OUI / NON</b>
<b>SI OUI - DE QUEL TYPE ?</b>	Maladie / Accident / Crises convulsives / Hospitalisation / Opération / Rééducation / (à préciser) ...

<b>2F. PHYSIQUE / SENSORIEL / MOTEUR :</b>	<b>OUI / NON</b>
<b>SI OUI - PRÉCISER :</b>	
<b>LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR NÉCESSITE T'ELLE LA MISE EN PLACE D'UN ACCOMPAGNEMENT DÉDIÉ ?</b>	<b>OUI / NON</b>
<b>SI OUI - PRÉCISER :</b>	

<b>2G. TROUBLES / PARTICULARITÉS DU COMPORTEMENT :</b>	<b>OUI / NON</b>
<b>SI OUI - DE QUEL TYPE ?</b>	Autisme / Hyperactivité / TDA Trouble de l'attention / TOC Trouble obsessionnel-compulsif / Déficience intellectuelle / Autre (à préciser) ...
<b>LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR NÉCESSITE T'ELLE LA MISE EN PLACE D'UN ACCOMPAGNEMENT DÉDIÉ ?</b>	<b>OUI / NON</b>
<b>SI OUI - PRÉCISER :</b>	

### 3. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT)

LE MINEUR PORTE-T-IL : (au besoin prévoir un étui à son nom)

LUNETTES	LENTILLES	PROTHÈSES AUDITIVES	PROTHÈSES	APPAREIL DENTAIRE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

<b>3A. AUTRES RECOMMANDATIONS</b> (ex : Particularités alimentaires, qualité de peau, crème solaire)	<b>OUI</b> / <b>NON</b>
<b>SI OUI - PRÉCISER :</b>	

## 4. AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :	<b>OUI</b> / <b>NON</b>
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées, si celles-ci sont autorisées par les autorités et dans le respect des mesures sanitaires :	<b>OUI</b> / <b>NON</b>
Autorisation de transport par bus de location, si ceux-ci sont autorisés par les autorités et dans le respect des mesures sanitaires :	<b>OUI</b> / <b>NON</b>

## 5. RESPONSABLES DU MINEUR

### RESPONSABLE N° 1

NOM :		PRÉNOM :	
ADRESSE :		CODE POSTAL :	
TÉL. PORTABLE :		TÉL. FIXE :	
TÉL. BUREAU :			

### RESPONSABLE N° 2

NOM :		PRÉNOM :	
ADRESSE :		CODE POSTAL :	
TÉL. PORTABLE :		TÉL. FIXE :	
TÉL. BUREAU :			

### MÉDECIN TRAITANT

NOM :		PRÉNOM :	
TÉL. PORTABLE :		TÉL. FIXE :	

Je soussigné.e, ..... **responsable légal.e du/de la mineur.e**, déclare **exacts** les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les **réactualiser** si nécessaire. J'**autorise** l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : ..... / ..... / 2025

Signature : .....

Blank lined area for notes or text.