Année 2025/2026

Fiche sanitaire de liaison

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

léo lagrange animation

Centre Social et Familial Victor Hugo – Léo Lagrange

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi des mineurs. Modifié par LOI n°2017-1836 du 30 décembre 2017 - art. 49 (V)

NOM de l'enfant : ……

Prénom : ……

Date de naissance : ……

SEXE : Masculin ☐ Féminin ☐

I - Vaccinations : (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

Joindre un certificat médical de contre-indication du médecin est obligatoires pour chaque enfant.

	Vaccins obligatoires : pour les enfants nées avant 01/01/18	Date	Vaccins obligatoires : pour les enfants nées après 01/01/18	Date
1	Diphtérie		Diphtérie	
2	Tétanos		Tétanos	
3	Poliomyélite		Poliomyélite	
4			Coqueluche	
5			Haemophilus influenzae de type B	
6			Hépatite B	
7			Pneumocoque	
8			Méningocoque C	
9			Rougeole	
10			Oreillons	
11			Rubéole	

2 - Renseignements médicaux :

Poids : …… Kg taille : …… Cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicament dans leur emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

NOM et téléphone du médecin traitant : ……

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ Oui ☐ non	☐ Oui ☐ non	☐ Oui ☐ non	☐ Oui ☐ non	☐ Oui ☐ non
Otite	**Rougeole**	**Oreillons**	**Rhumatisme articulaire aigu**	
☐ Oui ☐ non	☐ Oui ☐ non	☐ Oui ☐ non	☐ Oui ☐ non	

ALLERGIES : Alimentaires : oui ☐ non ☐
Médicamenteuses : oui ☐ non ☐
Autres (animaux, plantes, pollen) : oui ☐ non ☐

Précisez : ……

Si oui, joindre un certificat médical indiquant le plan PAI « Plan d'accueil individualisé » 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 (difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…)

……
……

4 - Responsables du mineur

Responsable N°1 : NOM : …… PRÉNOM : ……

ADRESSE : ……

……

TEL DOMICILE : …… TELTRAVAIL : ……

TEL PORTABLE : ……

Responsable N°2 : NOM : …… PRÉNOM : ……

ADRESSE : ……

……

TEL DOMICILE : …… TELTRAVAIL : ……

TEL PORTABLE : ……

Je soussigné(e)……, 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 : …… Signature : ……

D.K.H