



En utilisant la dernière version de PDF, vous pourrez insérer la photo de votre enfant et également signer en ligne en cliquant sur l'onglet outil puis signer.

La photo de votre enfant, étant du JPEG, le logiciel le prendra en compte. Puis vous faite la même manipulation pour votre signature.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**NOM DU MINEUR**

**Prénom du Mineur**

**Date de naissance**

**Sexe :** F  Case à cocher M  Case à cocher

### 1- Vaccination

VACCINATION OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATE	VACCINATION RECOMMANDEE	DATE
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Haemophilus	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="text"/>
<input type="text"/>			<input type="text"/>	Pneumocoque	<input type="text"/>
<input type="text"/>			<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
<input type="text"/>			<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui  Case à cocher Non  Case à cocher

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

- ALLERGIES :

ALIMENTAIRES **Oui**  Case à coche **Non**  Case à coche

**Préciser :**

Médicamenteuses **Oui**  Case à coche **Non**  Case à coche

**Préciser :**

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : **Préciser :**

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

difficultés de sommeil, énurésie nocturne, régime alimentaire particulier (végan, sans porc,...) etc

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 :

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

Responsable N°2 :

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e) , responsable légal du mineur, déclare exact les renseignements ci-dessus 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