



# FICHE DE SANTE ACCUEIL DE LOISIRS

Document à retourner 3/4

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : ..... /..... /.....

SEXE M  F

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

## 1- VACCINATION (Se référer au carnet de santé/certificats de vaccinations et en fournir la copie)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON
Diphtérie/ Tétanos / Poliomyélite (DTP)		
VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON
Coqueluche		
Haemophilus		
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)		
Hépatite B		
Pneumocoque		
BCG		
Autres (préciser)		

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

Votre enfant présente-t-il des allergies : ALIMENTAIRES  oui  non  
MEDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, pollen)  oui  non

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  oui  non

Si oui, veuillez préciser \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3- RESPONSABLES DU MINEUR

#### Responsable n°1

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/ commune \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

#### Responsable n°2 :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/ commune \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

### 4- AUTRES INFORMATIONS MEDICALES

#### Médecin Traitant

Nom : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

#### Traitement ponctuel

Dans le cas où votre enfant ait besoin d'un traitement médical ponctuel durant l'année, il sera demandé une ordonnance récente avec les médicaments correspondants (boîtes d'emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Dans le cas contraire, aucun médicament ne pourra être administré.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire

J'ai, par ailleurs, pris note que les responsables de l'accueil de loisirs peuvent prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature (lu et approuvé) :