



12 Rue des Onchères  
 BP 112  
 69512 VAULX-EN-VELIN  
<https://www.ebulliscience.com/>

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### DOCUMENT CONFIDENTIEL

Ce document sera restitué sur demande des familles  
 ou, dans le cas contraire, détruit à la fin du séjour

NOM de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

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

Joindre **OBLIGATOIREMENT** la copie du carnet de vaccination de l'enfant.

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             non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant et avec la notice.

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

**ALLERGIE :**

ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
AUTRES (animaux, plantes, pollens...)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

Précisez : .....

Si oui, joindre le **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 RESPONSABLE LEGAUX

Port de lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, handicap, etc...

.....  
 .....  
 .....

### 4. RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

N° tél. portable : .....

N° tél. portable : .....

N° tél. travail : .....

N° tél. travail : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exact 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 :