FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ANDRÉSY JEUNESSE

DOCUMENT CONFIDENTIEL Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Complexe Sportif Stéphane-Diagana
Service Andrésy Jeunesse
rue Marie-Jane Pruvot
78 570 Andrésy
☎ 01 39 74 77 51 ✉ jeunesse@andresy.com

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).

ENFANT

Nom	
Prénom	

Date de naissance	Fille	Garçon
	○	○

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

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels
Diphtérie		BCG		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Tétanos		Coqueluche			
Poliomyélite		Haemophilus			
ou DT polio		Hépatite B		Autres (préciser)	
ou Tétracop		Pneumocoque			

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

poids	kg	taille	cm	Informations nécessaires en cas d'urgence

Suit-il un traitement médical ?	oui	○	non	○

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Allergies	Asthme	○	Médicamenteuses	○	Alimentaires	○	Autres (animaux, plantes, pollen)	○
Précisez								

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, si oui préciser ? Si oui, précisez :	oui	○	non	○

ANDRÉSY en Yvelines

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, régime alimentaire ou repas spécifique (ex. pas de viande), comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc. ...

RESPONSABLES DE L'ENFANT

	Responsable N°1	Responsable N°2
Nom et prénom		
Adresse		
Portable		
Téléphone (domicile)		
Téléphone (travail)		

MÉDECIN TRAITANT

Nom et prénom	
Téléphone	

AUTORISATION (responsable légal du mineur)

Je soussigné(e) M. ou Mme	

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.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiches sont exacts	
Fait à Andrésy, le / /	**Signature** (des responsables légaux)

ANDRÉSY en Yvelines