

Annexe 5 :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
(pour les mineurs)

Nom du mineur : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

1. Vaccination antipoliomyélitique, antidiphtérique, antitétanique ...

Date du dernier vaccin	Nom du vaccin	Date de prochain rappel

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

Suit-il un traitement médical pendant le dispositif ? ☐ oui ☐ non

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

2. Renseignements concernant le mineur :

Allergies : _____

Alimentaires : ☐ oui ☐ non non Précisez : _____

Médicamenteuses ☐ oui ☐ non Précisez : _____

Autres : ☐ oui ☐ non Précisez : _____

Le mineur présente-t-il un problème de santé ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez :

3. Recommandations utiles des parents :

Le mineur porte-t-il ?

Des lunettes Précisez : _____

Des lentilles ☐ oui ☐ non Précisez : _____

Des prothèses auditives ☐ oui ☐ non Précisez : _____

Autres : ☐ oui ☐ non Précisez : _____

Service Enfance Education Jeunesse et Sports



4. Responsables du mineur :

Responsable n° 1 :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : / _ / _ / _ / _ / _ / Ville : _____

Tél : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Responsable n° 2 :

NOM : _____ Prénom

: _____

Adresse : _____

Code Postal : / _ / _ / _ / _ / _ / Ville : _____

Tél : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

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

J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

À _____, le _____

Signature