

|                                             |                                                                                                                |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FICHE SANITAIRE</b><br><b>de LIAISON</b> | <b>DOCUMENT CONFIDENTIEL</b><br><br><b>JOINDRE OBLIGATOIREMENT</b><br><b>LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION</b> |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

## TEAM BOUSSOLE - SAISON 2022/2023

|                            |                          |                                 |                                |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>NOM DU MINEUR :</b>     |                          | <b>PRÉNOM :</b>                 |                                |
| <b>DATE DE NAISSANCE :</b> | ..... / ..... / 20 ..... | Garçon <input type="checkbox"/> | Fille <input type="checkbox"/> |

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

**RAPPEL - OBLIGATOIRE - JOINDRE UNE COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTÉ**

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Haemophilus                |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
|                      |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
|                      |     |     |                            | Pneumocoque                |       |
|                      |     |     |                            | BCG                        |       |
|                      |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

**AU BESOIN, COMPLÉTER EN PAGE 4 EN INDIQUANT LE N° DE RUBRIQUE CORRESPONDANT**

|                       |  |                       |  |
|-----------------------|--|-----------------------|--|
| <b>POIDS EN KGS :</b> |  | <b>TAILLE EN CM :</b> |  |
|-----------------------|--|-----------------------|--|

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

**À TITRE INDICATIF : LE MINEUR A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

| RUBÉOLE                                                   | VARICELLE                                                 | ANGINE                                                    | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ                               | SCARLATINE                                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE                                                | OTITE                                                     | ROUGEOLE                                                  | OREILLONS                                                 | AUTRES                                                    |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |                                                           |

|                                                                                                           |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>2A. LE MINEUR SUIT-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL PENDANT SA PRÉSENCE AU CENTRE DE LOISIRS OU LE SÉJOUR?</b> | <b>OUI / NON</b> |
| <b>SI OUI (*) - PRÉCISER :</b>                                                                            |                  |
|                                                                                                           |                  |

(\*) JOINDRE UNE ORDONNANCE RÉCENTE ET LES MÉDICAMENTS CORRESPONDANTS.

Les boîtes de médicaments seront dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.

**AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

|                                                                 |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>2B. ALLERGIES :</b>                                          | <b>OUI / NON</b>                                            |
| <b>SI OUI - DE QUEL TYPE ?</b>                                  | Asthme / Alimentaire / Médicaments / Autre (à préciser) ... |
| <b>PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :</b> |                                                             |
|                                                                 |                                                             |

|                                                                       |                  |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>2C. P.A.I (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) EN COURS :</b>          | <b>OUI / NON</b> |
| <b>SI OUI - (Joindre le protocole et toutes informations utiles):</b> |                  |
|                                                                       |                  |

|                                           |                  |
|-------------------------------------------|------------------|
| <b>2D. CONTRE-INDICATIONS MEDICALES :</b> | <b>OUI / NON</b> |
| <b>SI OUI - PRÉCISER :</b>                |                  |
|                                           |                  |

|                                   |                                                                                                        |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2E. DIFFICULTÉS DE SANTÉ :</b> | <b>OUI / NON</b>                                                                                       |
| <b>SI OUI - DE QUEL TYPE ?</b>    | Maladie / Accident / Crises convulsives / Hospitalisation / Opération / Rééducation / (à préciser) ... |
|                                   |                                                                                                        |

|                                                                                                   |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>2F. PHYSIQUE / SENSORIEL / MOTEUR :</b>                                                        | <b>OUI / NON</b> |
| <b>SI OUI - PRÉCISER :</b>                                                                        |                  |
|                                                                                                   |                  |
| <b>LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR NÉCESSITE T'ELLE LA MISE EN PLACE D'UN ACCOMPAGNEMENT DÉDIÉ ?</b> | <b>OUI / NON</b> |
| <b>SI OUI - PRÉCISER :</b>                                                                        |                  |
|                                                                                                   |                  |

|                                                                                                   |                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2G. TROUBLES / PARTICULARITÉS DU COMPORTEMENT :</b>                                            | <b>OUI / NON</b>                                                                                                                               |
| <b>SI OUI - DE QUEL TYPE ?</b>                                                                    | Autisme / Hyperactivité / TDA Trouble de l'attention / TOC Trouble obsessionnel-compulsif / Déficience intellectuelle / Autre (à préciser) ... |
|                                                                                                   |                                                                                                                                                |
|                                                                                                   |                                                                                                                                                |
| <b>LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR NÉCESSITE T'ELLE LA MISE EN PLACE D'UN ACCOMPAGNEMENT DÉDIÉ ?</b> | <b>OUI / NON</b>                                                                                                                               |
| <b>SI OUI - PRÉCISER :</b>                                                                        |                                                                                                                                                |
|                                                                                                   |                                                                                                                                                |

### 3. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT)

LE MINEUR PORTE-T-IL (au besoin prévoir un étui à son nom) :

| LUNETTES                                                  | LENTILLES                                                 | PROTHESES AUDITIVES                                       | PROTHESES                                                 | APPAREIL DENTAIRE                                         |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                      |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>3A. AUTRES RECOMMANDATIONS</b> (ex : Particularités alimentaires, qualité de peau, crème solaire) | <b>OUI</b> / <b>NON</b> |
| <b>SI OUI - PRÉCISER :</b>                                                                           |                         |
|                                                                                                      |                         |

### 4. AUTORISATIONS

|                                                                                                                                                                                     |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :                                                                                                           | <b>OUI</b> / <b>NON</b> |
| J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées, si celles-ci sont autorisées par les autorités et dans le respect des mesures sanitaires imposées face à la Covid 19: | <b>OUI/</b> <b>NON</b>  |
| Autorisation de transport par bus de location, si ceux-ci sont autorisés par les autorités et dans le respect des mesures sanitaires imposées face à la Covid 19 :                  | <b>OUI/</b> <b>NON</b>  |

### 5. RESPONSABLES DU MINEUR

#### RESPONSABLE N°1

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE..... CODE POSTAL .....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

#### RESPONSABLE N° 2

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE..... CODE POSTAL .....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné/e, .....responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : ..... / ..... / 2021

Signature : .....

