

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS

Vaccination : le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des 2 pages de vaccination du carnet de santé sans omettre d'inscrire le prénom et le NOM de l'enfant dessus. Cette opération est à renouveler si besoin (arrêté du 20 février 2023 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs).

Liste des vaccins pour les enfants nés à partir de 2018 :

Vaccins obligatoires		Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés		Dates
DTP	Diphtérie		HAV	Hépatite A	
	Tétanos		RV	Rotavirus	
	Coqueluche		BCG	Tuberculose	
PV	Poliomyélite		VAR	Varicelle	
VHB	Hépatite B		VII	Grippe	
ROR	Rougeole		ZONA	Zona	
	Oreillons		VPH-2	Papillomavirus	
	Rubéole			Autres(précisez)	
HIB	Haemophilus B				
MEN-C	Méningocoque C				
PCV	Pneumocoque				

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :/...../..... A

Signature des représentants légaux de l'enfant (Précédée de la mention "lu et approuvé") :

Année : 2025/2026 Date et signature :	Année : 2026/2027 Date et signature :	Année : 2027/2028 Date et signature :	Année : 2028/2029 Date et signature :
--	--	--	--

RECOMMANDATIONS UTILES

La fiche sanitaire de liaison est valable un an. Elle doit être réactualisée en permanence. Pour ce, le responsable légal de l'enfant doit informer le responsable de l'accueil de loisirs de tous changements.

Rappel : Aucun enfant ne pourra être accepté sur l'accueil de loisirs sans que la fiche sanitaire de liaison ne soit remise complétée au préalable au référent de la structure.

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon Date de naissance :/...../..... N(e) à : Age : ans

Post :/...../.....
Employee :/...../...../...../...../.....

NOM : Docteur
 :
 Port :/...../...../...../.....

☛ Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses dentaire, auditive ou autres ? ☐ OUI ☒ NON

👉 Votre enfant bénéficie-t-il d'une allocation d'éducation d'enfant handi

..... Si votre enfant suit un traitement, le quel ?

• Si votre enfant souffre d'une allergie (alimentaire, médicamenteuse, ...

☐ Bihéole ☐ Rhumatisme ☐ Coqueluche ☐ Otite

PHYSICIAN'S MEDICAL HISTORY

Les renseignements médicaux sont obligatoires pour valider l'inscription de l'enfant sur l'accueil de loisirs. En cas de problème particulier de santé, merci de fournir un certificat médical aux référents de la structure. De plus, conformément au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données (RGPD) et à la loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée, nous vous informons que les données recueillies sur ces formulaires font l'objet d'un traitement informatique par nos services. Ce traitement est destiné à la création ou mise à jour du dossier administratif. La collecte de ces données repose sur votre consentement que vous pouvez retirer à tout moment en vous adressant directement à l'accueil de loisirs. De la même façon, vous pouvez accéder aux données vous concernant et demander leur rectification et leur effacement. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données, d'un droit à la limitation du traitement de vos données et du droit d'organiser le sort de ces données post-mortem.

☐ OUI ☐ NON

NON ☐ I NO ☐

SERVICE ENFANCE JEUNESSE