



**Communauté de Communes  
du Pays du Vermandois**

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON ADOBUS – 2021 / 2022

DOCUMENT CONFIDENTIEL  
Joindre obligatoirement les  
photocopies du carnet de  
vaccination

Photo de  
l'enfant

L'accès à cette fiche est limité à l'équipe de direction.

### L'ENFANT

Nom du mineur : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  M  F

*Cette fiche permet de recueillir les 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).*

### VACCINATIONS – Se référer au carnet de santé ou de vaccination de l'enfant

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			Coqueluche		
Tétanos			Haemophilus		
Poliomyélite			Rougeole – Oreillons – Rubéole		
			Hépatite B		
			Pneumocoque		
			BCG		
			Autres (préciser)		

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

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Poids : ..... Taille : ..... (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (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 : Alimentaires :  Oui  Non  
Médicamenteuses :  Oui  Non  
Autres (animaux, plantes, pollen) :  Oui  Non  
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, précisez :  Oui  Non

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

## RESPONSABLES DU MINEUR

	Parent 1	Parent 2
Nom et prénom		
Adresse		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Téléphone bureau		

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....  
N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché : .....

## AUTORISATION

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 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 :