



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON-Document confidentiel

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).

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE :  M  F

## 1. VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES        | 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.

## 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.

**ALLERGIES :**

ALIMENTAIRES  Oui  Non

MEDICAMENTEUSES  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-il un problème de santé, si oui préciser :  Oui  Non

## 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Régimes alimentaires :  Classique  Sans-porc

Végétarien avec poisson  Végétarien sans poisson

## 4. RESPONSABLES DU MINEUR

RESPONSABLE N°1 : NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

RESPONSABLE N°2 : NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Les données personnelles recueillies sur ce document sont requises légalement pour la sécurité de votre enfant.

Elles ne font en aucun cas l'objet d'une cession à des tiers. Vos données sont conservées durant cinq ans à compter de la fin de la relation contractuelle. Elles peuvent être actualisées à votre demande ou à celle des agents de traitement. Le responsable du traitement est l'association la Croisée des Chemins.

Les destinataires de ces données sont la direction, le secrétariat et les animateurs de l'association. Conformément aux dispositions du RGPD, vous pouvez demander l'accès à vos données personnelles, la rectification, la portabilité ou l'effacement (dans la limite des délais de prescription en vigueur nous obligeant à conserver vos informations) de celles-ci en vous adressant à :

La Croisée des Chemins | Délégué aux données personnelles - 18, rue Saint-Marc 67000 STRASBOURG

ou par courriel à : [donneespersonnelles@croiseedeschemins.org](mailto:donneespersonnelles@croiseedeschemins.org).

Si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

Si vous acceptez les conditions sus-citées, merci de dater et de signer ci-dessous :

**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 :