

Syndicat Intercommunal  
**BOUZEL—VASSEL**  
 S.I.BO.VA  
 Mairie de **BOUZEL**  
 1 Place de la Mairie  
 63910 **BOUZEL**  
 Tél : 04.73.68.11.67

Accueil de Loisirs Sans Hébergement **BOUZEL-VASSEL**

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé

**Nom du mineur :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../.....

**Enfant bénéficiaire de l'AAEH(\*) :** OUI / NON

(\*) allocation d'éducation de l'enfant handicapé

**1- VACCINATION** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS 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*

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR** (nécessaires en cas d'urgence)

**Traitement médical :** OUI / NON

Si oui lequel : .....

**Allergies :** Alimentaires OUI / NON  
 Médicamenteuses OUI / NON  
 Autres (animaux, pollen...) OUI / NON

*En cas de réponse(s) positive(s), précisez la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir :*

.....  
 .....  
 .....  
 .....

*Pour mémoire, le personnel de service n'est pas autorisé à administrer des médicaments ou des soins particuliers courants, sauf si un P.A.I le prévoit. Le PAI est élaboré à la demande de la famille, ou, avec son accord et sa participation, par le directeur d'école ou le chef d'établissement à partir des besoins thérapeutiques de l'enfant, en concertation éventuellement avec le médecin de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Les besoins thérapeutiques de l'enfant sont précisés dans l'ordonnance signée par le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie (source « service-public.fr »).*

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, bouchons, diabolos...:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 4- MEDECIN TRAITANT

Nom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Je soussigné(e), .....responsable légal du mineur :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire ;
- autorise les responsables de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant susmentionné.

Fait à ..... le .....

**Signature :**

Référence réglementaire : arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs.

**Loi Informatique & Liberté.** Conformément aux obligations du **Règlement Général sur la Protection des Données** (réglementation européenne en vigueur au 25 mai 2018), les données personnelles que vous nous communiquez ne seront utilisées que dans le cadre des services de l'A.L.S.H. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les informations recueillies par le biais de cet imprimé sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement destiné à des fins d'encadrement, de sécurité et de gestion administrative. Les destinataires des données sont le cas échéant les services de secours, médicaux et de sécurité. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de portabilité et de rectification aux informations qui vous concernent.