

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM : .....

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

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des 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).

**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	
Polio				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 médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

**ALLERGIES : ALIMENTAIRES**  oui  non  halal  sans porc  
**MEDICAMENTEUSES**  oui  non  
**AUTRES (animaux, plantes, pollen) :**  oui  non  
 Préciser : .....

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 préciser**  oui  non  
 .....  
 .....

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....  
 TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....  
 Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....  
 TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....  
 NOM ET TEL MEDECIN 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 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 : .....

**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise	Domiciliation
<b>10278</b>	<b>07230</b>	<b>00020642901</b>	<b>38</b>	<b>EUR</b>	<b>CCM RIORGES</b>

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)						BIC (Bank Identifier Code)	
<b>FR76</b>	<b>1027</b>	<b>8072</b>	<b>3000</b>	<b>0206</b>	<b>4290</b>	<b>138</b>	<b>CMCIFR2A</b>

**Domiciliation**  
CCM RIORGES  
315 AVENUE CHARLES DE GAULLE  
42153 RIORGES  
☎04 77 44 24 12

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
ROANNAIS FOOT 42  
LE NAUTICUM  
RUE DU GENERAL GIRAUD  
BP 50181  
42300 ROANNE

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ