



CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE
D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme/ L'enfant

Né(e) le

Et avoir constaté à ce jour l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique d'activités physiques et sportives.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres le

Le..... à.....

Signature et cachet du médecin



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

DATE DU PROCHAIN VACCIN :

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poid : Taille :

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de

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-t-il un **problème de santé, si oui préciser** oui non

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance et si le médicament n'est pas dans son emballage d'origine.

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, appareil dentaire, 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 exactes les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisir à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :