

## FICHE SANITAIRE de LIAISON

### Document confidentiel

(à transmettre sous enveloppe cachetée)

NOM DU MINEUR : / / / / / / / / / / / / / / / / / /

PRENOM : / / / / / / / / / / / / / / / / / /

DATE DE NAISSANCE : / / / / / / / / / SEXE :  M  F

DATES ET LIEU DU SEJOUR

.....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

#### 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non			
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 : Taille :  
(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   
MEDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui  non

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 particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?  
oui  non

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

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

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

**4. RESPONSABLE DU MINEUR**

**NOM** ..... **PRENOM** .....

**ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)**  
.....  
.....

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

**TEL PORTABLE :** .....

**NOM et TEL. du 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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR  
COORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SEJOUR :

.....  
.....  
**OBSERVATIONS :**  
.....  
.....  
.....  
.....