Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

POLE ÉGALITÉ DES CHANCES
DIECTION ENFANCE JEUNESSE SPORTS

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	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**

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 :

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