Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTIONDEPARTEMENTALE
DE LA COHESION SOCIALE
ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS

Maison Bleue

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

POLE ÉGALITÉ DES CHANCES
DIRECTION 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 : **du** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ **au** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

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
Diphtérie	☐	☐	
Tétanos	☐	☐	
Poliomyélite	☐	☐	

➔ SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Coqueluche	
Haemophilus	
Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Hépatite B	
Pneumocoque	
BCG	
Autres (préciser)	

2 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ☐☐☐ Kg **Taille** : ☐☐☐ m (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 PORTABLE :**

TEL. TRAVAIL :

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 :

OBSERVATIONS :