Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS

Liffré Cormier COMMUNAUTÉ

FICHE SANITAIRE de LIAISON
Document confidentiel
(à transmettre sous enveloppe cachetée)

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

PRENOM : /_/

DATE DE NAISSANCE: /_/_/_/_/_/_/ **SEXE :** ❍ **M** ❍ **F**

DATE 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 :…….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: **ALIMENTAIRE** ❍ 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 : .....

.....

.....

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 : .....