



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



DOCUMENT CONFIDENTIEL

À transmettre sous enveloppe cachetée au responsable du séjour

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

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

DATE DE NAISSANCE : // // // // // // // //

SEXE : M F

DATE ET LIEU DE SEJOUR :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté u 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGTOIRES	Oui	Non	DTES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOM-MANDÉS	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; 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 médicaments ne pourra être administrés sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

oui non

MEDICAMENTEUSES

oui non

AUTRES (animaux, plates, 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 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 des lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

● Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) :

.....

TEL DOMICIL : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

● Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) :

.....

TEL DOMICIL : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL 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 :

Signature :

<p>A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR</p> <p>COORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SÉJOUR :</p> <p>OBSERVATIONS :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--