Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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 au 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 restituée à la fin du séjour.

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	**Oui**	**Non**	**DATES DES DERNIERS RAPPELS**	**VACCINS RECOMMANDÉS**	**DATES**
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				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 : 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 qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et **d'éventuels soins à apporter** ? ☐ Oui ☐ Non

……
……
……
……
……

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…

……
……
……

4-RESPONSABLES DU MINEUR

- Responsable N°1 : NOM : ……PRÉNOM : ……

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) : ……..
……

TEL DOMICILE :…… TEL TRAVAIL :……

TEL PORTABLE : ……

- Responsable N°2 : NOM : ……PRÉNOM : ……

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) : ……..
……

TEL DOMICILE :…… 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 selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR

COORDONNEES DE l'ORGANISATEUR DU SÉJOUR :……
……

OBSERVATIONS : ……
……
……