

## Conseil Départemental

## MINISTRE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

### Code de l'Action Sociale et des Familles

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

**ENFANT**

NOM :  
PRENOM :  
DATE DE NAISSANCE :  
GARCON :                       FILLE :

Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs.

#### DATES ET LIEU DU SEJOUR :

MERCREDIS

PETITES VACANCES

GRANDES VACANCES

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.

#### 1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU INFORMATIONS RELATIVES A LEURS CONTRE-INDICATIONS

**Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin.**

#### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE**

**ALLERGIES :**

Alimentaires :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autres :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Lesquels :		

**DIABETE :**    oui  non

**ASTHME :**    oui  non

**PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES** (se référer au Projet d'Accueil Individualisé si existant) :

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

**3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc... Précisez.

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

**4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM ..... PRENOM.....

ADRESSE (pendant le séjour)

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

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

Bureau : .....

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)

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

En cas d'urgence :

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature :

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

Date : ..... Signature