

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