



DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION  
SOCIALE ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS  
POLE ÉGALITÉ DES CHANCES  
DIRECTION ENFANCE JEUNESSE SPORTS

## FICHE SANITAIRE de LIAISON - Document confidentiel -

NOM DU MINEUR : /

PRENOM : /

DATE DE NAISSANCE : / / / / / / / / / / SEXE :  M  F

NUMERO SECURITE SOCIALE : /

DATES 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
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
<b>Remplir ce tableau ou joindre une copie du carnet de vaccinations</b> (pages 65 à 67 sur les modèles de carnets récents).				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTREINDICATION.

### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

- Poids : ..... 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 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 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, ou autres éléments important à savoir,...

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

**4. RESPONSABLE DU MINEUR**

**NOM** ..... **PRENOM** .....

**ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)**

.....  
 .....

**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.

**Assurance / Mutuelle : joindre le numéro ou une photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile qui couvre l'enfant et de l'attestation de mutuelle complémentaire des parents.**

Date et signature :