Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT
Pôle égalité éducation citoyenneté
DIRECTION ENFANCE JEUNESSE SPORTS

FICHE SANITAIRE de LIAISON
Document confidentiel
SAISON 2023-2024

NOM DU MINEUR : /__/

PRENOM : /__/

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

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)
   - **joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination**

VACCINS OBLIGATOIRES *	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP				Tuberculose (BCG)	
Coqueluche (obligatoire si né après 01/2018)				Covid 19e	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B. (obligatoire si né après 01/2018).				Papillomavirus humains (HPV)	
Hépatite B (obligatoire si né après 01/2018)				Hépatite A	
Infections invasives à pneumocoque (obligatoire si né après 01/2018).				Gastro-entérite du nourrisson à rotavirus	
Méningocoque de sérogroupe C (obligatoire si né après 01/2018).				Infections à méningocoque B	
Rougeole, oreillons et rubéole (obligatoire si né après 01/2018).				Autres (préciser)	

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

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…
……
……
……
……
……

4. **RESPONSABLE DU MINEUR**

NOM …… **PRENOM** …….....

ADRESSE
……
……

TEL DOMICILE : …… **TEL. TRAVAIL :** ……..

TEL PORTABLE : ……..

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT : ……...

Je soussigné (e),……, responsable légal du mineur, déclare exacts les enseignements 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 et signature :

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