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

Direction Régionale et Départementale
Jeunesse et Sports Bretagne Ille et Vilaine

FICHE SANITAIRE de LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL
à transmettre sous enveloppe cachetée au responsable du séjour

CONSEIL GENERAL D'ILLE ET VILAINE

Pôle Action Sociale

NOM DU MINEUR : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

PRENOM : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

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

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 en séjour de vacances ou de loisirs) ; 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
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 : 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,…
……
……
……
……

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.

Date : Signature :

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

COORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SEJOUR :
……
……
OBSERVATIONS :
……
……
……

……
……