

## FICHE SANITAIRE de LIAISON - 2024

### Document confidentiel

(à transmettre sous enveloppe cachetée)

**Les informations ne sont pas reportées d'une année sur l'autre, il est de votre responsabilité de noter toutes informations nécessaires à l'accueil de votre enfant sur ce document**

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

PRENOM : / / / / / / / / / / / / / / / / /

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

DATES ET LIEU DU SEJOUR

Année 2024 – Alsh de Familles Rurales Hédé-Tinténiac

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
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				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**  (cocher la case)

**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  } Cocher les cases

**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 sommeil, énurésie...

.....

.....

### 4. RESPONSABLE DU MINEUR

#### Responsable 1

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

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....

.....

TEL DOMICILE : ..... TEL. TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE 1 : .....

#### Responsable 2

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

TEL DOMICILE : ..... TEL. TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE 1 : .....

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 et signature (obligatoire):**

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

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....