



DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS



POLE ÉGALITÉ DES CHANCES DIRECTION ENFANCE JEUNESSE SPORTS

FICHE SANITAIRE de LIAISON - 2026

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

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

DATES ET LIEU DU SEJOUR : Année 2026 – 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)

J'atteste sur l'honneur que mon enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires. Par ailleurs, si un rappel de vaccination est à faire dans l'année, je m'engage à ce qu'il soit effectué (cocher la case pour attester).

Merci de compléter les dates des vaccins pour le personnel médical en cas de besoin (ou joindre une photocopie)

VACCINS	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	Oui	Non	DATES			
Diphthérite				Hépatite B						
Tétanos				Pneumocoque						
Poliomyélite				Autres (préciser)						
Coqueluche										
Haemophilus				Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.						
Rubéole-Oreillons-Rougeole										
Méningocoque C										

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.

NOM ET PRENOM DU MINEUR.....

3. ALLERGIES

Attention, nous ne reprenons pas les informations des années précédentes

- ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Cocher les cases

Précisions sur allergies *

*SI OUI, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.
Nous vous contacterons pour mettre en place un PAI

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

- Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier, en dehors des allergies, qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre et des éventuels soins à apporter** ?

Oui Non

- Autres infos : Port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés sommeil, énurésie

5. 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)