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 :
……
……
……

……
……