

# FICHE SANITAIRE de LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant 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.

**NOM DE L'ENFANT :** .....

**PRÉNOM :** .....

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

Précisions éventuelles : .....

.....

.....

.....

## 1. VACCINATIONS DE L'ENFANT

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations.  
Attention : pas de photocopies !)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIER RAPPEL
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Coqueluche	
Haemophilus	
Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Hépatite B	
Pneumocoque	
BCG	
Autres (préciser)	

## 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

✚ Poids : ..... Taille : .....

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

✚ Votre enfant a-t-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.**

✚ Les allergies

Allergies alimentaires : OUI  NON

Allergies médicamenteuses : OUI  NON

Autres (animaux, plantes, pollen...) OUI  NON

(Précisez : .....) )

*En cas d'allergie, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.*

✚ L'enfant 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	
Port de lentilles	
Port d'appareil dentaire	
Port d'appareil auditif	

Comportement de l'enfant	
Difficultés de sommeil	
Énurésie nocturne	
Autre	

Autres recommandations : .....

.....

.....

.....

.....

## 4. MÉDECIN TRAITANT

NOM : .....

Tél. : .....

ADRESSE : .....

## 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT MINEUR

NOM : ..... Prénom : .....

Tél. dom. : ..... Travail : .....

Portable : 06 / ... / ... / ... / ...

ADRESSE : .....

.....

.....

.....

*Je 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 :