

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

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			

Enfants nés après 2017 => ces vaccins sont obligatoires :

VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Coqueluche	
Haemophilus influenzae b	
Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Hépatite B	
Pneumocoque	
Méningocoque C	
BCG (enfants à risque seulement)	

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

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 ☐

Précisions éventuelles :

.....

.....

.....

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 :