

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

PRENOM : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

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

DATES ET LIEU DU SEJOUR: *Accueil de loisirs AEJI année 2016/2017*

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)

Joindre la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de votre enfant (obligatoire)

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

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.

TSVP →

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES oui non précisez :.....

MEDICAMENTEUSES oui non précisez :.....

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non précisez :.....

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, 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 du père Nom de la mère

Adresse Adresse.....

.....

Commune Commune.....

Tél portable..... Tél portable

Tél Travail:..... Tél Travail:.....

NOM du représentant légal :

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 :