

FICHE SANITAIRE

de LIAISON - Postofort

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

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

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

DATES 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 Si possible, fournir la photocopie des pages de vaccins du carnet de santé (D.T.P, coqueluche)

Vaccin	Appelé aussi	Date du dernier rappel	Vaccin	Date
Diphtérie	D.T.P,		Coqueluche	
Tétanos	Revaxis ou		Rubéole-Oreillons-Rougeole (R.O.R)	
Poliomyélite	repevax		Hépatite B	
BCG			Autres (préciser)	
Pneumocoque	Prevenar			

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 :

N° de sécurité sociale : . / . . / . . / . . / . . . / . . . / . .

Centre payeur d'assurance maladie :

.....

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 et à en régler les frais.

Date :

Signature :