

## CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ENFANT

NOM :  
PRENOM :  
DATE DE NAISSANCE :  
GARCON :

FILLE :

Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs.

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

Vos informations personnelles seront conservées aussi longtemps que nécessaire. Pendant toute la durée de conservation de vos données personnelles, nous mettons en place tous les moyens aptes à assurer leur confidentialité et leur sécurité.

### 1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU INFORMATIONS RELATIVES A LEURS CONTRE-INDICATIONS :

Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin.

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

**ALLERGIES :** Alimentaires : oui  non   
Médicamenteuses : oui  non   
Autres : oui  non   
lesquelles :

**DIABETE :** oui  non

**ASTHME :** oui  non

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES (se référer au projet d'accueil individualisé si existant) :

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.... Précisez.

.....  
.....  
.....  
.....

**4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE (pendant le séjour) .....  
.....  
.....

Tél. fixe (et portable), domicile : ..... bureau .....  
Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) .....

**En cas d'urgence :**

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (TRICE) A L'ATTENTION DES FAMILLES**  
Coordonnées de l'organisateur de l'accueil

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....