



**FICHE
SANITAIRE
de LIAISON**
DOCUMENT CONFIDENTIEL
à transmettre sous enveloppe
cachetée
au responsable du séjour



Direction Régionale et Départementale Jeunesse et Sports Bretagne Ille et Vilaine

NOM et PRENOM DU MINEUR :

Date de naissance

Genre M F

DATES ET LIEU DU SEJOUR : Activités à l'année 2017/2018 Groupe Robinson

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 (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS | | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|----------------------------|-----|----------------------------|-------|
| | oui | non | | |
| Diphtérie | x | | Coqueluche | |
| Tétanos | x | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | x | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| BCG | x | | Hépatite B | |
| | | | Pneumocoque | |
| | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES
JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Poids : Kg Taille : m

(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- RESPONSABLES DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

NOM : PRENOM :

ADRESSE:

TEL DOMICILE : TEL. TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

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 :

Signature :