

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

En vertu de l'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

NOR : MENJ0300419A

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L. 227-4 et L. 227-5 ;

Vu le décret n° 2002-883 du 3 mai 2002 relatif à la protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs, et notamment ses articles 5, 7 et 9,

L'admission d'un mineur en centre de vacances, en centre de loisirs sans hébergement et en placement de vacances est conditionnée à la fourniture préalable sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur au responsable du centre, d'informations relatives à :

## 1 – VACCINATIONS

[...vaccinations obligatoires ou à 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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

[... Pathologies chroniques ou aiguës en cours ; le cas échéant, les coordonnées du médecin traitant seront fournies. Si un traitement est à prendre durant tout ou partie du séjour, l'ordonnance du médecin devra être jointe et, s'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom du mineur devront être inscrits sur l'emballage...]

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

---

---

---

---

## INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. Joindre l'avis du médecin traitant)

[... Antécédents médicaux ou chirurgicaux ou à tout autre élément d'ordre médical considéré par les parents ou le responsable légal du mineur comme susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour, ...]

---

---

---

---

### 3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

4- [... Un certificat médical de non-contre-indication lorsqu'une ou plusieurs activités physiques mentionnées à l'article 13 du décret du 3 mai 2002 susvisé sont proposées dans le cadre de l'accueil....]. A remettre au directeur-trice du séjour, le cas échéant, en fonction de la programmation.

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Resp. 1 : portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Resp. 2 : portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Le, \_\_\_\_\_ 201

Signature du responsable :

