



## MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Code de l'Action Sociale et des Familles

### ENFANT

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

GARÇON :

FILLE :

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

### **DATES ET LIEU DE L'ACCUEIL :**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.

### **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 :  
                  Médicamenteuses :

" .....Autres : .....Ngus wngu"<

**DIABÈTE :**

**ASTHME :**

**PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLÈMES (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 : .....

Nom du médecin traitant <.....>

**En cas d'urgence :**

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

**Date:**

**Signature :**

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

Le Foyer de Saint Martin  
68 rue Ambroise Cottet  
10000 Troyes

OBSERVATIONS :

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