

AEJI CSF  
16, rue de la cour  
35 220 Saint Jean sur Vilaine  
aejicsf@gmail.com

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DU MINEUR

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :                                  SEXE :  M  F

DATES ET LIEU DU SEJOUR: *Accueil de loisirs AEJI*

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (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) ; 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)**

Joindre la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de votre enfant (**obligatoire**)

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

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.***

TSVP



**ALLERGIES :**

ALIMENTAIRES oui  non  précisez :.....

MEDICAMENTEUSES oui  non  précisez :.....

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui  non  précisez :.....

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, 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 du père ..... Nom de la mère .....

Adresse ..... Adresse.....

.....

Commune ..... Commune.....

Tél portable..... Tél portable .....

Tél Travail:..... Tél Travail:.....

NOM du représentant légal : .....

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.

A ....., le

Signature des Parents ou Tuteur

Précédé de la mention « Lu et approuvé »