FICHE SANITAIRE de LIAISON

Document confidentiel (à transmettre sous enveloppe cachetée)

NOM DU MINFU	R • / / / / /	1 1 1		l	
	:ANCE:/_/_/_/			-	
DATES ET LIEU	DU SEJOUR :				
sanitaire des mines son carnet de sant	urs mentionnés à l é et vous sera rend	'article L. 2 due à la fir	227-4 du code de l'acti n du séjour.	éjour du mineur (arrêté du 20 féion sociale et des familles) ; elle dans certificats de vaccinations)	vrier 2003 relatif au suivi évite de vous démunir de
VACCINS OBLIGATOR		Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-OreillonsRougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser) JN CERTIFICAT MÉDICAL DE C	
d'origine marqué ALLERGIES : A M A Si oui, joindre un c Le mineur présente	e ordonnance réce es au nom de l'en AUCUR ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUS AUTRES (animaux ertificat médical p	ente et les fant avec n médican SES , plantes, p précisant la	s médicaments corres la notice). nent ne pourra être a ou ou pollen) ou a cause de l'allergie, le	spondants (boîtes de médicam dministré sans ordonnance. i = non = i = non = es signes évocateurs et la cond ite la transmission d'informatio s à apporter ? oui = non =	uite à tenir.
RECOMMANDATI Port de lunettes,				omportement de l'enfant, difficu	ltés de sommeil, énurésie
nocturne,					
3. RE	SPONSABLE D	U MINEL	JR		
			PRENOM .		
ADRESSE (PEND					
				:	
TEL PORTABLE :					
NOM et TEL. du N	IEDECIN TRAITAI	NT :			
Je soussigné(e), portés sur cette fic	he et m'engage à	les réactua	, respo aliser si nécessaire. J'a	nsable légal du mineur, déclare autorise le responsable du séjou	exacts les renseignements r à prendre, le cas échéant,

Date et signature :

toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.