

**Direction départementale de la cohésion sociale  
et de la protection des populations de la Dordogne**

**FICHE SANITAIRE**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les informations médicales obligatoires pour l'admission d'un mineur dans un accueil relevant des articles L.227-4 et R.227-1 du code de l'action sociale et des familles (article R.227-7 du CASF et arrêté du 20/02/2003).

**I- ENFANT**

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : M  F

Date de naissance : .....

**II- VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

	Date de vaccination ou de dernier rappel	Contre-indication (joindre une attestation du médecin)
Diphtérie		<input type="checkbox"/>
Poliomyélite		<input type="checkbox"/>
Tétanos		

**III- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Indiquez ici les antécédents médicaux ou chirurgicaux (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales). Mentionnez les précautions à prendre en conséquence et les éventuelles contre-indications à la pratique de certaines activités physiques ou sportives.

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

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement : OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, joindre l'ordonnance aux médicaments (aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance datée et signée du médecin), qui seront remis dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation, nom et prénom de l'enfant inscrits sur l'emballage.

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? OUI  NON   
(Si oui, le communiquer au directeur de l'accueil)

#### IV- RESPONSABLES DE L'ENFANT

Père : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (pendant la période du séjour) :

.....  
.....

Numéros de téléphone : Domicile : ..... Bureau : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Mère : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (pendant la période du séjour) :

.....  
.....

Numéros de téléphone : Domicile : ..... Bureau : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Je soussigné ....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signatures :

#### PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

Lieu du séjour : .....

Cachet de l'organisateur (siège social)

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

Arrivée le : ...../...../.....

Départ le : ...../...../.....

#### Observations faites au cours du séjour

Par le médecin (qui indiquera ses nom, adresse et numéro de téléphone) :

.....  
.....

Par le responsable du séjour (qui indiquera ses nom et adresse) :

.....  
.....

*Ce document sera remis aux parents ou aux substituts parentaux de l'enfant à l'issue du séjour.*