

**MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**  
**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2014-2015**

**Enfant :** .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**1. VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

<u>Vaccins obligatoires</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>Dates des derniers rappels</u>	<u>Vaccins recommandés</u>	<u>Dates</u>
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>OU</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE  
CONTRE-INDICATION

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

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.

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES SUIVANTES ?**

- |                                   |                              |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Asthme                            | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Alimentaires                      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Médicamenteuses                   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Autres (animaux, plantes, pollen) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)** : .....

**Si votre enfant est allergique à certains aliments et qu'il a besoin de traitements particuliers, la famille doit faire une demande de Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) auprès de l'école.**

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

OUI       NON

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énorésie nocturne : .....

**4. RESPONSABLE DU MINEUR**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

TÉL DOMICILE : ..... TÉL TRAVAIL : ..... TÉL PORTABLE : .....

NOM et Tél . du MÉDECIN TRAITANT (facultatif) : .....

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : .....  
 (Obligatoire)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**Date :**

**Signature du responsable légal :**