

# MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
ou 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 ?

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 ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :  
 ASTHME   
 ALIMENTAIRES   
 MEDICAMENTEUSES   
 AUTRES(animaux, plantes, pollen)

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

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?

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aigu		Scarlatine	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	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:  PRENOM:

TEL DOMICILE :  TEL TRAVAIL :  TEL PORTABLE :

NOM et TEL. Du MEDECIN 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 :