MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE de LIAISON

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

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE 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 administré sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐
MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui ☐ non ☐

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 ☐	

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** (informations sous pli cacheté), 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 : **…… PRENOM : ……**
ADRESSE (pendant le séjour) : ……
……
TEL DOMICILE : …… TEL. TRAVAIL : …… TEL PORTABLE : ……
NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT : ……
N° S.S : ……

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.

Date : **Signature du responsable légal :**