

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT ANNÉE 2018 - 2019

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Garçon  Filles

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés  
Elle évite de vous munir 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole - Oreillons - Rougeole	
OU DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
OU Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA VIE EN COLLECTIVITÉ. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

- Suit-il un traitement médical au quotidien? OUI  NON
- Dispose-t-il d'un PAI (protocole d'Accueil Individualisé)? OUI  NON
- Si oui, joindre une copie, et le cas échéant, les médicaments correspondant (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 ET UNIQUEMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU CENTRE.
- L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

ALLERGIES	OUI	NON	RÉGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NORMAL
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SANS PORC
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VÉGÉTARIEN
Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et l'information concernant le régime alimentaire de l'enfant : la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

- Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale (information 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"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	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"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres informations que vous jugez utile de transmettre à l'équipe :
Appareils dentaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....
Appareils auditifs	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....
Enurésie nocturne	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....

4. RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM ..... Prénom .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL ..... TEL PORTABLE .....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT .....

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 etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL