# MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
# FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

| **NOM :** | **PRENOM :** |
|---|---|

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

**1- <u>VACCINATIONS</u>** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **DATES DES 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.

**<u>2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :</u>**

Suit-il **un traitement médical** ? ☐ 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).**

**<u>Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.</u>**

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :**

- ASTHME ☐ Oui ☐ Non
- ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
- MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen…) ☐ Oui ☐ Non

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** ? ☐ Oui ☐ Non

……
……

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rubéole ☐ Oui ☐ Non | Varicelle ☐ Oui ☐ Non | Angine ☐ Oui ☐ Non | Coqueluche ☐ Oui ☐ Non | Rhumatisme articulaire aigu |
| Oreillons ☐ Oui ☐ Non | Otite ☐ Oui ☐ Non | Rougeole ☐ Oui ☐ Non | Scarlatine ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |

**<u>3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :</u>**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, régime alimentaire particulier, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

……
……

**<u>4 – RESPONSABLE DU MINEUR :</u>**

**NOM : …… PRENOM : …….**
**TEL DOMICILE …… TEL TRAVAIL : …….. TEL PORTABLE …….**
**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : ……**
**N° SECURITE SOCIALE** (dont dépend l'enfant) **: ……..(OBIGATOIRE)**

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 LEGAL ☐**