

# 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 | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie             |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Polio                |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Ou DT Polio          |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| Ou Tétracoq          |     |     |                            | BCG                        |       |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL 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 ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| ASTHME                            | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| ALIMENTAIRES                      | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| MEDICAMENTEUSES                   | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| AUTRES (animaux, plantes, pollen) | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

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