

# MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance-Jeunesse. 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 RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>OU</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> 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** ?      Oui      Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours ?    Oui      Non

*Si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles*

Rappel : **Aucun médicament ne pourra être administré**

- L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :**
- Oui     Non   ➤ ASTHME
  - Oui     Non   ➤ ALIMENTAIRES
  - Oui     Non   ➤ MEDICAMENTEUSES
  - Oui    Non   ➤ 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** ?    Oui    Non

.....

.....

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### 3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

### 4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**TEL DOMICILE** ..... **TEL TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE** .....

**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

**N° SECURITE 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 LEGAL**