


FICHE SANITAIRE DE LIAISON

	<h3 style="margin: 0;">LE MINEUR</h3> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	---

1 – VACCINATIONS

Joindre impérativement la photocopie du carnet de vaccination (identité du mineur indiquée sur celui-ci).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

* Le mineur suit-il un traitement médical pendant sa présence en séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments correspondants** (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du mineur avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

* Le mineur 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"/>	

* Le mineur a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

Asthme : Oui Non

Médicamenteuse : Oui Non

Alimentaire : Oui Non

Autre(s) : 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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

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

.....

.....

4 –RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOMS PRÉNOMS

ADRESSE

TÉL. FIXE DOMICILE : BUREAU :

TEL PORTABLE DES PARENTS OU TUTEURS :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

.....

.....

.....

.....