

# 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 des organismes relevant du champ de la Jeunesse et des Sports. 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
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	Coqueluche	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	Hépatite B	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
<b>OU</b> DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	Autres (préciser)	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
<b>OU</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	BCG	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>

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, 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 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 <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 PORTABLE**

**COORDONNÉES 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 légal**