

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
FICHE SANITAIRE de LIAISON 2015

NOM :  
Date de naissance :

Prénom :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités organisées. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**1- VACCINATIONS**

***(Faire copies des pages des vaccinations du carnet de santé)***

**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** ?

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  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		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 :