

**MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**  
**FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT ANNÉE 2018-2019**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Garçon  Fille

Lieu de naissance : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par l'AJL « Entre Tuus et Mues ». 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	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	OUI	NON		
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite B	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole - Oreillons - Rougeole	
OU DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	
OU Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA VIE EN COLLECTIVITÉ. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

- Suit-il un traitement médical au quotidien? OUI  NON
  - Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)? OUI  NON
- Si oui, joindre une copie, et le cas échéant, 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 ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE ET UN-MARQUÉMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU CENTRE.**

- L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si régime alimentaire particulier, précisez :

- 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'information médicale (information 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	Coqueluche	Rhumatisme articulaire aigu
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"/>
Oreillons	Otite	Rougeole	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"/>	

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

	OUI	NON
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurésie nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Autres informations que vous jugez utiles de transmettre à l'équipe :

.....

.....

.....

.....

**4. RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL ..... TEL PORTABLE .....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN 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, etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date ..... SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL