

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2023-2024

Nom prénom de l' ENFANT :.....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés l'association PVSC. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, OUI, NON, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDES, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq.

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRES UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 ET LES MALADIES SUIVANTE ?

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES (animaux, plantes, pollens,...)

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication 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 ?

Table with 5 columns: Rubéole, Varicelle, Angine, Rhumatisme Articulaire aigu, Scarlatine. Rows include Coqueluche, Oreillons.

3 - RENSEIGNEMENTS UTILES DES PARENTS :

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

Précisez le régime alimentaire (sans porc, végétarien) :

4 - RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM.....PRENOM..... TEL DOMICILE.....BUREAU.....PORTABLE..... ADRESSE.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :.....

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant).....(Obligatoire)

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état du mineur.

**Date :**

**Signature du responsable légal :**