

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**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).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

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 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 ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire aigu	Scarlatine
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

**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 :**