**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**

Année scolaire 2024-2025

**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 JOIDRES 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-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 ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RubéoleOUI NON | VaricelleOUI NON | AngineOUI NON | RhumatismeArticulaire aiguOUI NON | ScarlatineOUI NON |
| CoquelucheOUI NON | OtiteOUI NON | RougeoleOUI NON | OreillonsOUI 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 :**