

# FICHE SANITAIRE de LIAISON 2016-2017

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

## **1- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou joindre une photocopie des certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

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** 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 DÉJÀ EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?**

**ALLERGIES :**

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <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- MEDECIN TRAITANT :**

**NOM et TEL. 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) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :