



**Jeune** (Nom et Prénom) : .....

**Né(e) le** : .....

**FICHE SANITAIRE  
de LIAISON 2022-2023**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour les accueils collectifs de mineurs. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**1-VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations ou joindre photocopie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétra coq				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**?  Oui  Non

**LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES / INTOLERANCES ET LES MALADIES SUIVANTES ?**

**ALLERGIES :**

ASTHME  Oui  Non

ALIMENTAIRES  Oui  Non

MEDICAMENTEUSES  Oui  Non

AUTRES (animaux, plantes, pollen)  Oui  Non

**PAI déjà en place :**  OUI

Si oui, fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être remis au responsable jeunesse de l'accueil s'assurant, au préalable, de la validité des médicaments fournis.

**INTOLERANCES** précisez) : .....

**REGIMES PARTICULIERS** (sans porc, sans sel, ....) : .....

Si oui, précisez la cause de l'allergie ou de l'intolérance, 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

.....

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rhumatisme Articulaire aigu</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**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- RESPONSABLE DU MINEUR :**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**ADRESSE :** .....

**CP :** ..... **VILLE :** .....

**TEL DOMICILE (Père) :** ..... **TEL. TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE :** .....

**TEL DOMICILE (Mère) :** ..... **TEL. TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE :** .....

**NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

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

