

|  |
| --- |
| **ENFANT** |
| NOM :  Prénom :  Date de naissance : |

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

*(Document valable 1 an à compter de la date de signature)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINATIONS (se référer au carnet de sant** | | | **é)** |  |
| VACCINS OBLIGATOIRES | DATE 1ère INJECTION | DATE 2ème INJECTION | DATE 3ème INJECTION | DATE RAPPEL |
| DTCaP (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite) |  |  |  |  |
| [Haemophilus influenzae de type B](https://toux.ooreka.fr/astuce/voir/485457/haemophilus-influenzae) |  |  |  |  |
| Hépatite B |  |  |  |  |
| Pneumocoque |  |  |  |  |
| Méningocoque C |  |  |  |  |
| ROR | | |  |  |

Si le mineur n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

# **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre un PAI (Projet d’Accueil Individualisé) établi par un médecin et si besoin 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 eu déjà les allergies suivantes ? : Alimentaires Médicamenteuses Autres (animaux,plantes, pollen…)

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 ? (cochez la case)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |  | Oui | Non |  | Oui | Non |
| Rubéole |  |  | Coqueluche |  |  | Scarlatine |  |  |
| Angine |  |  | Asthme |  |  | Oreillons |  |  |
| Varicelle |  |  | Otite |  |  | Rougeole |  |  |

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, d’appareils dentaires et/ou auditifs, comportement de l’enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne …

# **RESPONSABLE DU MINEUR**

NOM : …………………………………………………… ………………..………… Prénom : …………………………………………………………………………………….

Tél domicile : Tél travail : …………………….……… ……. Tél portable : ………………………………………..

Nom et téléphone du médecin 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 :