

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
(Document valable 1 an à compter de la date de signature)

JEUNE
NOM :
Prénom :
Date de naissance :

VACCINATIONS

- Fournir obligatoirement les copies des deux doubles pages des vaccins du carnet de santé
ou
- Fournir obligatoirement l'attestation de mise à jour des vaccinations fournie par votre médecin traitant

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		

Médecin traitant (Nom, Ville et Tél) :

Mutuelle : N° Mutuelle :

Si CMU, photocopie de la carte vitale et de l'attestation CMU où l'enfant apparaît.

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 :

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 :