

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le SIVU enfance jeunesse de la Vallée de la Vanera , Elle évite de nous fournir son carnet de santé,

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

Enfant né avant le 1 janvier 2018				Enfant né à partir du 1 janvier 2018			
VACCINS OBLIGATOIRES				VACCINS OBLIGATOIRES			
Enfant né avant le 1 janvier 2018	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	Enfant né à partir du 1 janvier 2018	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
la diphtérie				la diphtérie			
le tétanos				le tétanos			
la poliomyélite				la poliomyélite			
OU DT polio				OU DT polio			
ou tétracoq				l'Haemophilus influenzae B			
VACCINS RECOMMANDES				la coqueluche			
Coqueluche				Hépatite B			
Hépatite B				Rubéole			
Rubéole				Oreillons			
Oreillons				OU ROR			
Rougeole				Rougeole			
				le méningocoque C			
				le pneumocoque			

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

**2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Suit-il un traitement médical ?

OUI (Joindre le PAI)       NON

Lors des séjours uniquement, la prise de médicaments et possible avec ordonnance et emballage d'origine non ouvert noté au nom de l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL LES ALLERGIES SUIVANTES :

- > ASTHME  OUI (Joindre le PAI)  NON
- > ALIMENTAIRES  OUI (Joindre le PAI)  NON
- > MEDICAMENTEUSES  OUI (Joindre le PAI)  NON
- > AUTRES (animaux, plantes, pollen...)  OUI (Joindre le PAI)  NON

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

**3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne, régime alimentaire :

**4 – RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

TEL DOMICILE : \_\_\_\_\_ TEL TRAVAIL : \_\_\_\_\_ TEL PORTABLE : \_\_\_\_\_

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : \_\_\_\_\_

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : \_\_\_\_\_ (OBLIGATOIRE)

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 LEGAL : \_\_\_\_\_