



**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

NOM :	Prénom :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le service Animation Jeunesse

**1- VACCINATIONS (pas de copie du carnet de santé)**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIER RAPPEL	VACCINATIONS RECOMMANDES	DATE
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Autres (préciser)	
Poliomyélite					
Coqueluche (2018)					
Haemophilus (2018)					
Rubéole-Oreillons-Rougeole (2018)					
Hépatite B (2018)					
Pneumocoque (2018)					
Meningocoque C (2018)					

**Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication**

**2- Renseignements concernant l'enfant**

Suit-il un traitement médical ?

- OUI
- NON

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé ) une AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) est-il mis en place ? rayer les mentions inutiles

- OUI
- NON

Si oui, joindre une ordonnance / le PAI, récent et les médicaments correspondants  
**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

- Asthme OUI / NON
- Alimentaires OUI / NON
- Médicamenteuses OUI / NON
- Autres (animaux, plantes, pollens ...) OUI / NON

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (signaler si automédication)

.....

.....

**FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL POUR TOUTES ALLERGIES NECESSITANT UN REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE**

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

.....

.....

.....

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**

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

.....

.....

.....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fais à ..... Le.....  
Signature