

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Cette fiche sanitaire permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour et les activités organisées par le Service Jeunes de la Commune de Bièvres. Elle évite de vous munir du carnet de santé de votre enfant

Nom :

Prénom :

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

VACCINS OBLIGATOIRES

Diphtérie : Date du dernier rappel :

Tétanos : Date du dernier rappel :

Poliomyélite : Date du dernier rappel :

OU DT Polyo : Date du dernier rappel :

OU Tétracoq : Date du dernier rappel :

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

VACCINS RECOMMANDÉS

Coqueluche : Date du dernier rappel :

Hépatite B : Date du dernier rappel :

Rubéole-Oreillons-Rougeole : Date du dernier rappel :

Autres (préciser) : Date du dernier rappel :

BCG : Date du dernier rappel :

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ?

Si oui, joindre **une ordonnance** récente et **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 DÉJÀ EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

Asthme :

Alimentaires :

Médicamenteuses :

Autres (animaux, plantes, pollen, etc.) :

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

L'ENFANT PRÉSENTE-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIER ?

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** ?

Si oui, précisez.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole : Varicelle : Angine : Rhumatisme articulaire aigu :
Oreillons : Coqueluche : Rougeole : Scarlatine:

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

L'enfant porte-t-il des lunettes ?

L'enfant porte-t-il un appareil dentaire ?

L'enfant porte-t-il un appareil auditif ?

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

Autres (problèmes de sommeil, de comportement, énurésie nocturne ?

Si oui, précisez.

4. RESPONSABLE DU MINEUR :

Nom :

Prénom :

Téléphone portable du responsable légal 1 :

Téléphone portable du responsable légal 2 :

Téléphone domicile du responsable légal 1 :

Téléphone domicile du responsable légal 2 :

(si différent)

Téléphone travail du responsable légal 1 :

Téléphone travail du responsable légal 2 :

Téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Numéro de sécurité sociale (dont l'enfant dépend) :

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir de mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Fait à

le

Signature :

COMMUNE DE
BIÈVRES