

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et prénom :

Fille

date de naissance :

Garçon

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par la FDMJC d'ALSACE. Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.



## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre obligatoirement une photocopie des vaccins. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

Vaccins obligatoires	derniers rappels	
Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tétanos	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Polioluléite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
ou DT Polio	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Vaccins recommandés	dates
Hépatite B	
Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Coqueluche	
Autre :	
Autre :	

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Suit-il un traitement médical ?  oui  non

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.

Suit-il un régime alimentaire ?  oui  non

Si oui,  végétarien  sans porc  autre :

A-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Asthme  oui  non  
Alimentaires  oui  non  
médicamenteuses  oui  non  
crème solaire  oui  non  
anti-moustique  oui  non  
autres  oui  non

Rubéole  oui  non  
Varicelle  oui  non  
Angine  oui  non  
Scarlatine  oui  non  
Coqueluche  oui  non

Otite  oui  non  
Rougeole  oui  non  
Oreillons  oui  non  
Rhumatisme  oui  non  
articulaire aigu

(animaux, plantes, pollen...)

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Indiquez ci-après les problèmes de santé particuliers qui nécessitent la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter :

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant présente-t-il un handicap nécessitant une prise en charge particulière ou une adaptation des conditions d'accueil ?  
 oui  non Si oui merci de préciser les mesures de prise en charge ou d'adaptation retenue

Votre enfant bénéficie-t-il d'un plan d'accueil individualisé (PAI)  oui  non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) ?  oui  non

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? A-t-il des difficultés de sommeil, des problème d'énurésie nocturne, des problèmes comportementaux, etc... ?  oui  non

Si oui, précisez :

## LE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse pendant l'activité :

téléphone en cas d'urgence :

autre téléphone :

Nom du médecin traitant :

téléphone du médecin traitant :

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché (obligatoire) :

Je soussigné, 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.

Fait le

, à

J'atteste que les informations portées sur ce document sont exactes (coche obligatoire, valant signature).