

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT  
CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la **copie** du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....  
PRÉNOM : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Sexe : ☐ Garçon / ☐ Fille

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant pendant les activités ou séjours organisés par la FDMJC d'ALSACE (arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs). Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.*

## 1. VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

| VACCINS OBLIGATOIRES                                                                               | Oui | Non | DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie                                                                                          |     |     |                  | Coqueluche                 |       |
| Tétanos                                                                                            |     |     |                  | Haemophilus                |       |
| Poliomyélite                                                                                       |     |     |                  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| <u>ou</u> DT Polio                                                                                 |     |     |                  | Hépatite B                 |       |
| <u>ou</u> Tétracoq                                                                                 |     |     |                  | Pneumocoque                |       |
| Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. |     |     |                  | BCG                        |       |
|                                                                                                    |     |     |                  | Autre : .....              |       |

## 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ..... kg ; Taille : ..... cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.***

Suit-il un régime alimentaire ? ☐ Oui / ☐ Non

Si oui : ☐ Végétarien / ☐ Sans porc / ☐ Autre : .....

| A-t-il déjà eu les ALLERGIES suivantes ? |                           |                           |
|------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Asthme                                   | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Alimentaires                             | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Médicamenteuses                          | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Crème solaire                            | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Anti-moustique                           | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Autres (animaux, plantes, pollen...)     | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

Indiquez 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 : .....

Allergies : Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

### A-t-il déjà eu les MALADIES suivantes ?

|                             |                           |                           |            |                           |                           |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|---------------------------|---------------------------|
| Rubéole                     | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | Otite      | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Varicelle                   | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | Rougeole   | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Angine                      | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | Oreillons  | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Coqueluche                  | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | Scarlatine | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Rhumatisme articulaire aigu | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |            |                           |                           |

## 3. RENSEIGNEMENTS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc... : .....

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

## 4. LE(S) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

**Responsable N°1** : NOM : ..... Prénom : .....

ADRESSE : .....

Tél en cas d'urgence : ..... Autre Tel : .....

**Responsable N°2** : NOM : ..... Prénom : .....

ADRESSE : .....

Tél en cas d'urgence : ..... Autre Tel : .....

**NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT** : .....

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché : .....

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.

Date : .....

Signature : .....