

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

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>
------------	---------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les séjours organisés par le Centre de Découverte Sportive.  
 Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>OU DT Polio</b>				Autres (préciser)	
<b>OU Tétracoq</b>				BCG	

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     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.***

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES SUIVANTES :**

- ASTHME                                     Oui     Non
- ALIMENTAIRES                            Oui     Non
- MÉDICAMENTEUSES                    Oui     Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...)    Oui     Non

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

L'enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui pourquoi ?.....

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 :

.....  
 .....

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**