**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 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 RECOMMANDES | DATES |
|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Hépatite B | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| **OU** DT Polio | | | | Autres (préciser) | |
| **OU** Tétracoq | | | | 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 **(boites 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :**

- ASTHME ☐Oui ☐Non
- ALIMENTAIRES ☐Oui ☐Non
- MEDICAMENTEUSES ☐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 ☐ Oui ☐ Non | Varicelle ☐ Oui ☐ Non | Angine ☐ Oui ☐ Non | Coqueluche ☐ Oui ☐ Non | Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non |
| Oreillons ☐ Oui ☐ Non | Otite ☐ Oui ☐ Non | Rougeole ☐ Oui ☐ Non | Scarlatine ☐ Oui ☐ 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**