MOURMELON LE GRAND

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2023/2024

Mise à jour le : ……

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la session de l'enfant.

Nom :	**Prénom :**	**Date de naissance :**	☐Garçon ☐ Fille

Régimes alimentaires :

☐ Aucun ☐ PAI* ☐ Sans porc ☐ Végan ☐ Végétarien

**Le PAI doit être fourni obligatoirement avec la fiche sanitaire lors de l'inscription.*

Précisez si votre enfant à une allergie alimentaire : ……

1. VACCINATIONS

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

VACCINS	Diphtérie, tétanos, poliomyélite coqueluche Haemophilus influenza b et Hépatite B	PNEUMOCOQUE	MENIGOCOQUE	RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOILE	BCG	AUTRES : Préciser
DATE						

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

2. RENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il **un traitement médical** ? ☐ Non ☐ Oui ***Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance et les médicaments correspondants - (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).***

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

ASTHME ☐ Non ☐ Oui **MEDICAMENTEUSES** : ☐ Non ☐ Oui, précisez : ……

AUTRES (animaux, plantes, pollen…)☐ Non ☐ Oui, précisez : ……

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

……

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** ? ☐ Non ☐ Oui

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne

……

……

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	☐ Non	☐ Oui	**Varicelle**	☐ Non	☐ Oui	**Coqueluche**	☐ Non	☐ Oui
Oreillons	☐ Non	☐ Oui	**Angine**	☐ Non	☐ Oui	**Otite**	☐ Non	☐ Oui
Rougeole	☐ Non	☐ Oui	**Scarlatine**	☐ Non	☐ Oui	Rhumatisme articulaire	☐ Non	☐ Oui

3. RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : …… PRENOM : ……

TEL DOMICILE …… TEL TRAVAIL : …… TEL PORTABLE ……

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : ……

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) ……(OBIGATOIRE)

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, interventionchirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL