



Fiche sanitaire de liaison Pour les mineurs



OBLIGATOIRE - A INSERER DANS UNE ENVELOPPE CACHETEE AU NOM DE L'ADOLESCENT

Cette fiche permet de recueillir les informations nécessaires lors d'un stage et évite de vous munir de votre carnet de santé.

1. ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire aigu	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	



Fiche sanitaire de liaison Pour les mineurs



Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Allergies :

Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Alimentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autres :		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

.....

.....

.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS – PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

Votre enfant ne mange-t-il pas certains aliments de base ?

Le préciser sur l'extérieur de l'enveloppe

.....

.....

.....



Fiche sanitaire de liaison *Pour les mineurs*



5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél portable :

Domicile :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

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.

Date :

Signature :

CONFIDENTIEL