**FICHE SANITAIRE**

**DE LIAISON**

DOCUMENT CONFIDENTIEL

**ALLERGIES** : ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez .................................................................................................................

Si oui, joindre un précisant la cause de l’allergie, les **signes évocateurs** et la

# conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** oui non

NOM DU MINEUR : ................................................................................

PRENOM : ..............................................................................................

DATE DE NAISSANCE : ......../ ......... /................................

SEXE :

M

F

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

# VACCINATION

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINATIONS OBLIGATOIRES** | **Oui** | **Non** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Coqueluche |  |
| Tétanos |  |  |  | Haemophilus |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Rubéole-Oreillons- Rougeole |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Pneumocoque |  |
|  |  |  |  | BCG |  |
|  |  |  |  | Autres (préciser) |  |

SI LE MINEUR N’A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE- INDICATION.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR



Suit-il un traitement médical? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de



# Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

1. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**



difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

# RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ........................... PRÉNOM : .............................................................

ADRESSE :.................................................... ...............................................................................

.................................................................... ..............................................................................

TEL DOMICILE ............................................. TEL TRAVAIL ...........................................................

TEL PORTABLE : ..........................................

Responsable N°2 : : NOM : ......................... PRÉNOM : .............................................................

ADRESSE :.................................................... ...............................................................................

.................................................................... ..............................................................................

TEL DOMICILE ............................................. TEL TRAVAIL ...........................................................

TEL PORTABLE : ..........................................

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : ………………………………………………………………………….

Je soussigné(e)………………………………………………………………..., responsable légal du mineur,



nécessaire. J’autorise le responsable de la pause méridienne à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l’état de santé de ce mineur.

Date : Signature :