

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur

1. L'ENFANT:

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

Garçon

Fille

2. LES RESPONSABLES LEGAUX :

Nom : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Tel fixe/travail:

Tel portable :

Nom : Prénom :

Adresse : (si différent de la première)
.....
.....

Tel fixe/travail :

Tel portable :

NOM et Téléphone du médecin traitant :

3. VACCINATIONS

Le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphthérie				Coqueluche			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Rubéole Oreillons Coqueluche			
OU DT polio				BCG			
OU Tétracoq				Autres....			

- Rappel : tous les 5 ans jusqu'à 13 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs
- Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

5.

a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé ? NON OUI

Si oui, merci de préciser :

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

b) Allergies alimentaires : NON OUI

Si oui, merci de préciser :

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

c) Allergies médicamenteuses : NON OUI

Si oui, merci de préciser :

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

d) Autres allergies : NON OUI

Merci de préciser :

.....
.....

e) Votre enfant souffre-t-il, de :

Asthme	Oui	Non
Diabète	Oui	Non
Epilepsie	Oui	Non
Autres : Merci de préciser :	Oui	Non
.....		
.....		
.....		

f) Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? NON OUI

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au Nom et Prénom du mineur avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

g) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de votre enfant? NON OUI

Merci de prendre contact avec le/la responsable du patronage et de préciser ci-dessous la conduite à tenir :

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

Veillez noter que dans tous les cas, les pompiers seront appelés.

h) Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, antécédents d'accidents, d'opération)

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

4) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS

(l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, a-t-il des problème d'énurésie ...) :

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

Je soussigné,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du patronage à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) des représentants légaux :