FÉDÉRATION DES MAISONS DES JEUNES ET DE LA CULTURE D'ALSACE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Liberté Égalité Fraternité

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la **copie** du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :.....
PRÉNOM :.....
Date de naissance : ..... / ..... / .....
Sexe : ◯ Garçon / ◯ Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant pendant les activités ou séjours organisés par la FDMJC d'ALSACE (arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs). Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

1. VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
ou DT Polio				Hépatite B	
ou Tétracoq				Pneumocoque	
				BCG	
				Autre : _____	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ..... kg ; **Taille :** ..... cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical ? ◯ 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). ***Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.***

Suit-il un régime alimentaire ? ◯ Oui / ◯ Non

Si oui : ◯ Végétarien / ◯ Sans porc / ◯ Autre : .....

A-t-il déjà eu les ALLERGIES suivantes ?		
Asthme	◯ Oui	◯ Non
Alimentaires	◯ Oui	◯ Non
Médicamenteuses	◯ Oui	◯ Non
Crème solaire	◯ Oui	◯ Non
Anti-moustique	◯ Oui	◯ Non
Autres (animaux, plantes, pollen...)	◯ Oui	◯ Non

Allergies : Si oui, joindre un ***certificat médical*** *précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir*

Indiquez les problèmes de santé particuliers qui nécessitent la tranmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A-t-il déjà eu les MALADIES suivantes ?					
Rubéole	◯ Oui	◯ Non	Otite	◯ Oui	◯ Non
Varicelle	◯ Oui	◯ Non	Rougeole	◯ Oui	◯ Non
Angine	◯ Oui	◯ Non	Oreillons	◯ Oui	◯ Non
Coqueluche	◯ Oui	◯ Non	Scarlatine	◯ Oui	◯ Non
Rhumatisme articulaire aigu	◯ Oui	◯ Non			

3. RENSEIGNEMENTS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc... : .....
.....
.....

Votre enfant présente-t-il un **handicap nécessitant une prise en charge particulière** ou une adaptation des conditions d'accueil ? ◯ Oui / ◯ Non

Si oui merci de préciser les mesures de prise en charge ou d'adaptation retenue : .....
.....
.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un **plan d'accueil individualisé (PAI)** ? ◯ Oui / ◯ Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un **projet personnalisé de scolarisaton (PPS)** ? ◯ Oui / ◯ Non

4. LE(S) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM :..... Prénom .....
ADRESSE : .....
.....
Tél en cas d'urgence : ..... Autre Tel : .....

Responsable N°2 : NOM :..... Prénom .....
ADRESSE : .....
.....
Tél en cas d'urgence : ..... Autre Tel : .....

NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT : .....
N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché : .....

Je; soussigné(e), ... 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 :