

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et prénom ☐ Fille
date de naissance ☐ Garçon

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par l'association Horizons Jeunes. Elle évite de vous munir du carnet de santé de votre enfant.

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

Joindre obligatoirement une photocopie des vaccins. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Vaccins obligatoires	derniers rappels
Diphtérie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tétanos <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Poliomyélite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
ou DT Polio <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
ou Tétracoq <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Vaccins recommandés	dates
Hépatite B
Rubéole-Oreillons-Rougeole
Coqueluche
Autre :
Autre :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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 pris 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 ☐ oui ☐ non
(animaux, plantes, pollen...)

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rubéole ☐ oui ☐ non
Varicelle ☐ oui ☐ non
Angine ☐ oui ☐ non
Scarlatine ☐ oui ☐ non
Coqueluche ☐ oui ☐ non
Otitite ☐ oui ☐ non
Rougeole ☐ oui ☐ non
Oreillons ☐ oui ☐ non
Rhumatisme ☐ oui ☐ non
articulaire aigu

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Est-il atteint de troubles de la santé ou de handicap ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez :

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

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? A-t-il des difficultés de sommeil, des problèmes d'énurésie nocturne, des problèmes comportementaux, etc... ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez :

.....
.....

LE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom Prénom :

Adresse pendant l'activité :

.....

téléphone en cas d'urgence : autre téléphone :

Nom du médecin traitant : téléphone du médecin traitant :

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché (obligatoire) :

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.

Fait le à
Signature :