**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**

Cerfa 10008\*02

Code de l’action sociale et des familles

**FICHE SANITAIRE de LIAISON**

**Enfant :** Nom, prénom, date de naissance………………..…………………………………………………………………………………... garçon □ fille □

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance

Jeunesse. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) joindre photocopies pages vaccinations.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **Oui** | **Non** | **Date des derniers rappels** | **VACCINS RECOMMANDES** | **dates** |
| Diphtérie |  |  |  | Coqueluche |  |
| Tétanos |  |  |  | Hépatite B |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| **Ou** DT Polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  | BCG |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

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). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

**L’ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?**

ASTHME **oui 🞎 non 🞎** MEDICAMENTEUSES **oui 🞎 non 🞎**

ALIMENTAIRES **oui 🞎 non 🞎** AUTRES (animaux, plantes, pollen) **oui 🞎 non 🞎**

**Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**P.A.I. projet d’accueil individualisé en cours oui 🞎 non 🞎** **joindre le protocole et toutes informations utiles**

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre**. oui 🞎 non 🞎** ……………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rubéole  Oui 🞎 Non 🞎 | Varicelle  Oui 🞎 Non 🞎 | Angine  Oui 🞎 Non 🞎 | Rhumatisme articulaire aigu  Oui 🞎 Non 🞎 | Scarlatine  Oui 🞎 Non 🞎 |
| Coqueluche  Oui 🞎 Non 🞎 | Otite  Oui 🞎 Non 🞎 | Rougeole  Oui 🞎 Non 🞎 | Oreillons  Oui 🞎 Non 🞎 |  |

1. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, des prothèses dentaires, appareil dentaire ou auditives, etc… précisez **:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………

1. **AUTORISATIONS : j’autorise mon enfant à participer : aux activités physiques et sportives : oui 🞎 non 🞎**

**aux baignades surveillées : oui 🞎 non 🞎**

**aux transports en véhicule de service et car de location oui 🞎 non 🞎**

1. **RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM : ………………………………………………………………………………………….…………….….…………… PRENOM : ……………………………………………………...…………….………

Tél : DOM. ………………………….…………………..….. TRAV. …..………..………………..……….………..….… PORT. ……………..…………………………………….……………….……

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) : …………………………..…………….……………………………………………………………………..……...…………………………….

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise l’équipe d’animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l’enfant. Ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou un service d’urgence seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.

**Date :** ……………………………..……………….  **Signature du responsable légal :**