Fiche sanitaire de liaison pour les activités de la Communauté Saint-Martin

1 - Renseignements sur le mineur

Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon : Fille :

Dates et lieu du séjour :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de le mineur ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

2 - Vaccinations *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)*

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-*Oreillons-Rougeole*	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres *(préciser)*	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

3 - Renseignements médicaux concernant le mineur

- ***Traitement médical***

Le mineur suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

*Si **oui**, veuillez joindre une **ordonnace** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du mineur avec la notice).*

***Attention** : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

- ***Le mineur a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?***

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigü	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
non									
oui									

- ***Allergies***

Le mineur présente-t-il les allergies suivantes ?

ASTHME : oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES : oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES : oui ☐ non ☐

AUTRES :

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

- ***Difficultés de santé***

Le mineur a-t-il rencontré des difficultés de santé *(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)* ? Préciser les dates et **les précautions à prendre**.

4 - Recommandations utiles des parents *(ou responsables)*

Le mineur porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... ?

5 - Responsable du mineur

Nom et prénom du responsable du mineur

Adresse durant le séjour

Téléphone en cas d'urgence : fixe portable

Nom et téléphone du médecin traitant *(facultatif)*

Je soussigné, , reponsable légal du mineur, 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 du mineur.

Date **Signature**