|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** Sainte-Marie-LyonJoindre **l’attestation de sécurité sociale**.  |

 |

NOM DU MINEUR :       Prénom :

Numéro de sécurité sociale :       merci de joindre l’attestation de sécurité sociale

Date de naissance :      /      /      Sexe : M [ ]  F [ ]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINATIONS OBLIGATOIRES**  | **Oui**  | **Non**  | **DATES DES** **DERNIERS RAPPELS**  | **VACCINS** **RECOMMANDÉS**  | **DATES**  |
| Diphtérie  |  [ ]  |  [ ]  |        | Coqueluche  |        |
| Tétanos  |  [ ]  |  [ ]  |        | Rubéole-Oreillons-Rougeole |        |
| DT Poliomyélite  |  [ ]  |  [ ]  |        | Hépatite A  |        |
|  Ou Tétracoq |  [ ]  |  [ ]  |        | Hépatite B |        |
|   |   |   |   | Autres (préciser)  |        |

 **1-VACCINATION**

*Si le jeune n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

# 2-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune suit-il un traitement médical pendant le séjour ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant.

Remarques éventuelles

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

**ALLERGIES** :

ASTHME [ ]  oui [ ]  non

ALIMENTAIRES [ ]  oui [ ]  non

MEDICAMENTEUSES [ ]  oui [ ]  non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : [ ]  oui [ ]  non , précisez :

Le jeune a-t-il eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maladie**  | **Oui**  | Non | **Maladie**  | **Oui**  | Non |
| Rubéole  |  [ ]  |  [ ]  | Coqueluche  |  [ ]  |  [ ]  |
| Varicelle  |  [ ]  |  [ ]  | Otite |  [ ]  |  [ ]  |
| Angine  |  [ ]  |  [ ]  | Rougeole |  [ ]  |  [ ]  |
| Rhumatisme articulaire aigü |  [ ]  |  [ ]  | Oreillons |  [ ]  |  [ ]  |
|  Scarlatine |  [ ]  |  [ ]  |  |   |   |

Si oui, préciser la cause de l’allergie, les signes évocateurset la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, …), si oui préciser :

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…

## 4-RESPONSABLE DU MINEUR

NOM :       PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE

TEL TRAVAIL       (en cas d’urgence)

TEL PORTABLE :

Je soussigné(e)      , responsable légal du mineur, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m’engage à les réactualiser si nécessaire. J’autorise le responsable de la sortie scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l’état de santé de ce mineur.

Date : 23/06/2022 Signature :