|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | | **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  Sainte-Marie-Lyon  Joindre **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 :