

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

### ANNEE SCOLAIRE 2020 2021

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités organisées par les Services Jeunesse et Affaires scolaires de Hoenheim.

**1- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>OU</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il **un traitement médical** ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre les médicaments dans leur emballage d'origine (marqué au nom de l'enfant) et une **ordonnance récente précisant que la prise de ces médicaments ne présente pas de difficulté particulière et ne nécessite aucun apprentissage**. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ ASTHME                               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ ALIMENTAIRES                         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ MEDICAMENTEUSES                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ AUTRES (animaux, plantes, pollen...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

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

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier** qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? ☐ Oui ☐ Non

.....

.....

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### 3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

#### 4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL : ..... TEL PORTABLE .....**

**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

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

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**DATE :**

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL**