

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MINEUR ACCUEILLI

NOM: _____ **PRENOM :** _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **GARCON** **FILLE** **POIDS :**kg

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ **PRENOM :** _____

MEDECIN TRAITANT : _____

VACCINATIONS *Le tableau ci-dessous sera accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé*

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

1 – Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires OUI NON Préciser à quoi

Allergies Médicamenteuses OUI NON Préciser à quoi

Autres allergies OUI NON Préciser à quoi

Asthme OUI NON

Diabète OUI NON

Epilepsie OUI NON

Autres OUI NON A Préciser

2 - Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être donné sans l'ordonnance.

3 – Autres difficultés de santé et précautions à prendre (*suivi spécialisé, antécédents d'accident, d'opération ...*)

RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS (l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie, REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER)

Responsable légal du mineur :

Date :

Signature :

Les informations communiquées restent confidentielles.