

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024



Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
du Tarn

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : Garçon Fille

Bénéficiaire de l'Aeeh (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) : Oui Non

Nom du médecin traitant : Tél :

Régime alimentaire spécifique : sans porc végétarien

autre :

Renseignements médicaux (obligatoire) :

• Vaccins (*obligatoire):

Vaccins	Date des derniers rappels Jour/mois/année	Vaccins	Date des derniers rappels Jour/mois/année
DT Polio*		Hépatite B*	
Ou Tétracoq*		R.O.R.*	
B.C.G.		Pneumocoque*	
Coqueluche*		Méningocoque*	

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

• Renseignements concernant le mineur :

- Suit-il un traitement médical au quotidien? Oui Non

- Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants, au directeur de l'accueil (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Responsable du mineur :

Nom : Prénom :

Tél : Portable :

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pour les activités et les séjours organisés par la MJC de PUYLAURENS.

Elle veille à la sécurité et à prendre soin de la santé des mineurs.

• Allergies :

- Asthme Oui Non

- Alimentaire Oui Non Précisez :

- Médicamenteuse Oui Non Précisez :

- Autres (animaux, plantes, pollen...) :

Joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un problème de santé? Oui Non

Si oui, précisez :

Recommandations (facultatif) :

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

Maladie	Oui	Non	Maladie	Oui	Non	Maladie	Oui	Non
Rubéole			Rhumatisme			Otite		
Varicelle			Scarlatine			Rougeole		
Angine			Coqueluche			Oreillons		

- Informations que vous jugez utiles de transmettre à l'équipe :

Port de lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire auprès du bureau de l'Association. J'autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable :