

Autres (animaux,

plantes, pollen...)

Oui

Allergies : Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes

évocateurs et la conduite à tenir

○ Non

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOCUMENT CONFIDENTIEL

	I DE2 2	POK 15				OOM IL	LIVIILL		
ET DE LA CULTURE	berté alité aternité			Joindre oblig	gatoiren	nent la copie du carnet de	vaccination		
NOM DU MINEUR :PRÉNOM :/						activités ou séjours organisés par la FDMJC			
1. VACCINA	ΓΙΟΝ	l (se r	éfér	er au carne	t de sa	anté ou aux certificats	de vaccination)		
VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	ı	RNIERS PPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES		
Diphtérie						Coqueluche			
Tétanos						Haemophilus			
Poliomyélite						Rubéole-Oreillons- Rougeole			
ou DT Polio						Hépatite B			
ou Tétracoq						Pneumocoque			
Si le mineur n'a pa	as les	vaccii	ns o	bligatoires		BCG			
joindre un certifica						Autre :			
2. RENSEIGN	NEM	ENT	S I	MÉDICA	UX (CONCERNANT	LE MINEUR		
Poids :	kg ;	Taille	:		cm (ir	nformations nécessaires	en cas d'urgence)		
Suit-il un traiteme									
	e d'or	igine n	narq	uées au noi	m de l'e	ents correspondants (boi enfant avec la notice). A			
Suit-il un régime a	limen	taire ?	\circ	Oui / \bigcirc Non					
Si oui : O Végéta	rien / (⊃San	s po	rc / 🔾 Autre	:				
A-t-il déjà eu les ALLERGIES suivantes ?					Indiquez les problèmes de santé particuliers				
Asthme		0	ui	○ Non		nécessitent la tranmis			
Alimentaires		00	ui	○ Non	1	licales (informations so			
Médicamenteuses		00	ui	○ Non	précautions à prendre et des éventuels soins à apporter :				
Crème solaire		00	ui	○ Non					
Anti-moustique		\bigcirc O	Ji 📗	○ Non					

Rubéole	Oui	○ Non	Otite	○ Oui	○ Noi
Varicelle	Oui	○ Non	Rougeole	Oui	○ Noi
Angine	Oui	○ Non	Oreillons	Oui	○ Noi
Coqueluche	Oui	○ Non	Scarlatine	Oui	○ Noi
Rhumatisme articulaire aigu	Oui	○ Non	1		
Port de lunettes, de lentilles, d'ap sommeil, énurésie nocturne, etc.	. :				
Votre enfant présente-t-il un ha	ndican nece				
Votre enfant présente-t-il un ha adaptation des conditions d'accu Si oui merci de préciser les mesu Votre enfant bénéficie-t-il d'un pl. Votre enfant bénéficie-t-il d'un pr	eil ? Oui / ures de prisean d'accueil	Non en charge	ou d'adaptation r	retenue : ui / 〇 Non	
adaptation des conditions d'accu Si oui merci de préciser les mesu	eil? Oui / ures de prise an d'accueil ojet personi BLE(S) D	○ Non en charge individual nalisé de s	isé (PAI) ? O Colarisaton (PP	retenue : ui / Non vs) ? Oui /	○ Non
adaptation des conditions d'accu Si oui merci de préciser les mesu Votre enfant bénéficie-t-il d'un pl Votre enfant bénéficie-t-il d'un pr 4. LE(S) RESPONSAE Responsable N°1 : NOM :	eil ? Oui / ures de prise an d'accueil ojet personi BLE(S) D	Non en charge individual nalisé de s	isé (PAI) ? O Cocolarisaton (PPUR	retenue : ui / () Non vs) ? () Oui /	○ Non
adaptation des conditions d'accu Si oui merci de préciser les mesu Votre enfant bénéficie-t-il d'un pl Votre enfant bénéficie-t-il d'un pr 4. LE(S) RESPONSAE Responsable N°1 : NOM :	eil ? Oui / ures de prise an d'accueil ojet personi BLE(S) D	Non en charge individual nalisé de s U MINE	isé (PAI) ? O Colarisaton (PPUR) Prénom	retenue : ui / ○ Non res) ? ○ Oui /	○ Non

Je; soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention

Signature:

chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.