



PAROISSE DE SANCERGUES  
3 place Saint-Jacques - 18140 Sancergues  
Tél. 02 48 72 70 41  
paroissesancergues.secretariat@gmail.com

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Année 2019-2020

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour les activités de votre enfant organisées par la Paroisse de Sancergues. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### ENFANT MINEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	

**SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.**  
**Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

L'enfant a-t-il déjà eu des allergies et/ou les maladies suivantes :

Allergies : Asthme  oui  non  
Alimentaires  oui  non  
Médicamenteuses  oui  non  
Autres (animaux, plantes, pollen)  oui  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 :

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Le mineur a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Maladie	Oui	Non	Maladie	Oui	Non	Maladie	Oui	Non
Rubéole			Rhumatismes articulaire aigu			Otite		
Varicelle			Scarlatine			Rougeole		
Angine			Coqueluche			Oreillons		

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

### RESPONSABLE LEGAL :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Nom et Tél. Médecin traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

*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 mon enfant.*

Date :

Signature du responsable légal :