

Fiche Sanitaire de liaison
Dispositif « Argent de poche » 2022

NOM du participant :

PRENOM :

Date de naissance : / /

1. VACCINATION

| Vaccinations obligatoires | Oui | Non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|-------------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-oreillons Rougeole | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Covid 19 | |
| | | | | Autres (précisez) | |

Si le mineur n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Suit-il un traitement médical pendant le dispositif ? Oui Non

Si, oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Allergies (Cochez)

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Alimentaires | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Médicamenteuses | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Autres (animaux, plantes, pollen...) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Précisez :

Si oui, joindre une note précisant la cause de l’allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui précisez.** oui non

.....
.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Le mineur porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèse auditive, etc...

.....
.....

4. RESPONSABLES DU MINEUR

Représentant légal 1

Nom, prénom :

Adresse :

Tél portable : Tél domicile :

Mail :

Représentant légal 2

Nom, prénom :

Adresse :

Tél portable : Tél domicile :

Mail :

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de mon fils, de ma fille.

Fait à :

Date

Signature