



Maison des Jeunes

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Garçon Fille

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Vaccins		Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
	Oui	Non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

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

<u>Rubéole</u> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Varicelle</u> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Angine</u> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Oreillons</u> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Scarlatine</u> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	---

<u>Coqueluche</u> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Otite</u> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Rougeole</u> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Rhumatisme articulaire</u> Oui <input type="checkbox"/> <u>aigu</u> non <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

Allergies ou PAI :

Asthme : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non

Alimentaires : Oui Non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ... Précisez.

Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse complète :

Tél. domicile : Portable :

Tél. travail :

Nom et tél. du médecin traitant :

En cas d'urgence, où souhaitez-vous que votre enfant soit transporté :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature(s) parents(s)