

FICHE SANITAIRE

DE LIAISON



1 – ENFANT

NOM : _____

N° Téléphone jeune : _____

PRÉNOM : _____

N° Téléphone parent: _____

Accepte de recevoir des informations par SMS oui *non *

DATE DE NAISSANCE : _____

Adresse @mail : _____

GARÇON * FILLE *

N° Allocataire CAF : _____

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui * Non *

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants
(**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T'IL DEJA EU LES MALADIE SUIVANTES ?

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Rhumatisme articulaire aigu		
Varicelle			Scarlatine		
Angine			Oreillons		
Coqueluche			Rougeole		
Otite					

ALLERGIE : Asthme : oui * non * Alimentaire : oui * non * Médicamenteuse : oui * non *
Autres :

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

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET **LES PRECAUTIONS A PRENDRE.**

.....

.....

.....

.....

.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ECT... PRECISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

TEL. FIXE (DOMICILE) :TEL.

PORTABLE :

TEL. BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

Modalités d'accueil (rayez la mention inutile):

- Le jeune est autorisé à aller et venir à sa guise aux activités du service jeunesse
- Le jeune n'est pas autorisé à partir seul des activités sauf autorisation écrite des parents

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

Date : **Signature :**



ESPACE JEUNES MAGESCQ

Secteur Jeunesse
09.70.19.65.53 / 06.27.54.27.11

Espace.jeunes@mairie-magescq.fr