

FICHE SANITAIRE

DE LIAISON



2018

ESPACE JEUNES

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
Diphthérie				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 DÉJÀ EU LES MALADIES 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 MAGESCO
Secteur Jeunesse
AUSH/Lo Mainader
05.58.47.79.02
eimagesco@gmail.com