



ÉTÉ DES JEUNES

Marange-Silvange

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM:.....

PRÉNOM:.....

DATE DE NAISSANCE:.....

GARÇON FILLE

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.
Pas de photocopie.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

EN CAS DE NON-VACCINATION AUX VACCINS OBLIGATOIRES POUR MOTIF MÉDICAL, UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION DEVRA ÊTRE FOURNI.

À noter : le vaccin antitétanique ne comporte pas de contre-indication reconnue.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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

À titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	X

Allergies :

ASTHME : Oui Non

ALIMENTAIRES : Oui Non

MÉDICAMENTEUSES : Oui Non

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : Oui Non
(joindre le protocole et toutes informations utiles).

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

(À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui Non

DES LUNETTES : Oui Non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui Non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE : Oui Non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : Oui Non

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOMPRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :.....BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :