

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

JEUNE :

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Fille : Garçon :

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/Rougeole	
Poliomyélite				Oreillons	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (Précisez)	
BCG					

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente des médicaments correspondants (Boîte de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom du jeune avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE 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 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"/>	

ALLERGIES : ATHME : Oui Non MEDICAMENTEUSES : Oui Non
 ALIMENTAIRES : Oui Non
 AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

RESPONSABLE DU JEUNE :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. fixe : Domicile : Travail :

Tél. Portable :

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

Date :

Signature :

