

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Vaccinations :

la photocopie des vaccinations est obligatoire

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

Groupe sanguin :

Maladies :

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

Rubéole	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Varicelle	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Angine	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Rhumatisme articulaire aiguë	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Scarlatine	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Coqueluche	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Otite	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Rougeole	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Oreillons	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

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.**

Allergies :

Asthme	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Alimentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Médicamenteuse	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Autres	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

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

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

Difficultés de santé :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

Médecin traitant :

Nom : Ville : Téléphone :

Merci de joindre à ce document une photocopie de l'attestation de responsabilité civile pour le jeune.

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

Date :

Signature :