



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CLUB JEUNES 11-17 ANS

ANNÉE 2023



JEUNE

NOM : Prénom :

Date de naissance : Fille Garçon

Votre enfant est reconnu handicapé par la MDPH : OUI NON

Si OUI, bénéficiez-vous de l'AEEH : OUI NON

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

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 marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

| | | | | | |
|------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéole | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Scarlatine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Angine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Oreillons | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Rougeole | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Otite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | | |

ALLERGIES : Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non
Alimentaires Oui Non Autre :

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

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

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

.....
.....

Tél. Domicile : Portable :

Bureau :

Nom et Numéro du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné(e),

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

Atteste et certifie l'exactitude de tous les documents y compris ceux relatifs à la vaccination qui engagent ma responsabilité quant à leur véracité.

Date :

Signature :