



FICHE SANITAIRE DE LIAISON CLUB JEUNES 11-17 ANS



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 :