



## 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 :**