



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 oui fournir l'attestation MDPH avec ou sans AEEH

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : Le vaccin antitétanique 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	☐ Oui	☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu	☐ Oui	☐ Non
Varicelle	☐ Oui	☐ Non	Scarlatine	☐ Oui	☐ Non
Angine	☐ Oui	☐ Non	Oreillons	☐ Oui	☐ Non
Coqueluche	☐ Oui	☐ Non	Rougeole	☐ Oui	☐ Non
Otite	☐ Oui	☐ 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) :

.....
.....

Merci de compléter la page verso ➔

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 :