



ACCUEIL JEUNES « LA FABRIK » Rocheservière

ACTIVITES ET SORTIES POUR L'ANNÉE 2020

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – JEUNE

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé). Pas de photocopies à fournir.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (Préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Le jeune suit-il un **traitement médical** lors des activités, sorties de l'Accueil Jeunes ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉ-
RATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4- RECOMMANDATIONS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES.... OU A-T-IL D'AUTRES SOUCIS DE
SANTE :

5- ACTIVITES SPORTIVES

J'autorise mon jeune à participer aux activités physiques et sportives : OUI NON

6- RESPONSABLE DU JEUNE

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TEL FIXE : _____ PORTABLE : _____

NOM MEDECIN TRAITANT

NUMERO DU MEDECIN TRAITANT

____/____/____/____/____/____

Je soussigné, responsable légal de,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : ____/____/____

Signature :