



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Nom et prénom :

Fille

Date de naissance :

Garçon

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par la FDMJC d'ALSACE. Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre obligatoirement une photocopie des vaccins. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

	Vaccins obligatoires		derniers rappels	
	oui	non / /
Diphtérie	oui	non / /
Tétanos	oui	non / /
Polioluélite	oui	non / /
ou DT Polio	oui	non / /
ou Tétracoq	oui	non / /

	Vaccins recommandés		dates	
	oui	non / /
Hépatite B	oui	non / /
Rubéole-Oreillons-Rougeole	oui	non / /
Coqueluche	oui	non / /
Autre :	oui	non / /
Autre :	oui	non / /

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Suit-il un régime alimentaire ? oui non Si oui, végétarien sans porc autre :

A-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Asthme	oui	non
Alimentaires	oui	non
médicamenteuses	oui	non
crème solaire	oui	non
anti-moustique	oui	non
autres	oui	non

(animaux, plantes, pollen...)

Rubéole	oui	non	Otite	oui	non
Varicelle	oui	non	Rougeole	oui	non
Angine	oui	non	Oreillons	oui	non
Scarlatine	oui	non	Rhumatisme	oui	non
Coqueluche	oui	non	articulaire aigu		

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Est-il atteint de troubles de la santé ou de handicap ? oui non

Si oui, précisez :

Indiquez ci-après les problèmes de santé particuliers qui nécessitent la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? A-t-il des difficultés de sommeil, des problème d'énurésie nocturne, des problèmes comportementaux, etc... ? oui non

Si oui, précisez :

LE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom Prénom :

Adresse pendant l'activité :

téléphone en cas d'urgence : autre téléphone :

Nom du médecin traitant : téléphone du médecin traitant :

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché (obligatoire) :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le à
Signature :