

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

LE JEUNE

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Garçon Fille

VACCINATION

Merci de nous fournir une **photocopie du carnet de santé**. 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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

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, 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 etc. Précisez.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Téléphone portable : Téléphone bureau :

Nom et téléphone du médecin traitant :

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

Date :

Signature :