

FICHE DE LIAISON et SANITAIRE -ENFANT- Année 2017-2018
(en réf. Cerfa N°10008*02)

MAISON DES JEUNES DES COLLINES DU PERCHE

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Date de Naissance :
Etablissement scolaire :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
N° Tél fixe domicile : N°Tél portable :
N° Tél travail :

MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT :

Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
N°Tél :

En cas d'hospitalisation, je désire que mon enfant soit conduit, dans la mesure du possible à :

-INFORMATIONS SANTE-

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) **remplir et joindre une copie du carnet de santé/vaccination :**

Vaccins obligatoires :

Diphtérie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :
Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :
ou DT Polio	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :
BCG	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :

Vaccins recommandés :

Hépatite B :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date :
Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date :
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date :
Autres (précisez) :			

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 MÉDICAUX 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

-Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	-Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
-Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	-Varicelle	<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	-Angine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

ALLERGIES

Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allergie médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Autre (précisez) :

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

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.

SANTÉ : Les frais médicaux éventuellement nécessaires sont à la charge de la famille. Celle-ci se fera rembourser par sa Caisse de Sécurité Sociale et sa mutuelle.

N° Sécurité sociale :

Caisse d'assurance maladie :

Complémentaire santé (mutuelle) :

N° Contrat :

-INFORMATIONS ACTIVITES-

Mon enfant sait nager :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'autorise mon enfant à se baigner :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'autorise mon enfant à se déplacer à vélo :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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

Date :

Signature :