

FICHE SANITAIRE DE LIAISON -18 ans

Saison 2022 2023

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pour toutes les activités proposées aux mineurs à la MJC CLAL.

1/ ENFANT :

NOM : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

2/ VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes au carnet de santé).

Précise-s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATE
DT POLIO		
DT COQ		
TETRACOQ		
D'une prise polio – Rappels		
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
	DATES	DATE
		VACCINS
		DATE
1 ^{er} VACCIN	/ /	VACCIN / /
REVACCINATION	/ /	1 ^{er} RAPPEL / /

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

INJECTION DE SERUM	NATURE	DATES
		/ /

3/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

Traitements médicaux en cours : Cachet OUI NON Traitement acné OUI NON pilule OUI NON

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

4/ RECOMMANDATIONS DES PARENTS

► Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, lequel :

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

- ▶ L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI NON Occasionnellement
- ▶ S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? OUI NON
- ▶ L'enfant porte des lunettes ? OUI NON

5/ CHOIX ALIMENTAIRE : Sans viande Sans porc Autres

6/ OBSERVATIONS complémentaires que les parents souhaitent partager avec l'équipe pédagogique (situation familiale, scolarité, angoisse nocturne, trouble alimentaire). Ces éléments resteront confidentiels et permettront d'accompagner au mieux votre enfant :

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

10/ RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél Bureau Portable :

Nom, date et signature des parents :