

FICHE SANITAIRE DE LIAISON -18 ans

Saison 2023-2024

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"/>								
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>								

Traitements médicaux en cours : 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/ PRISE DE MEDICAMENTES OU PROTOCOLE

- ▶ Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON
- ▶ Actuellement l'enfant possède-il un protocole médical à nous communiquer ? OUI NON

Si oui, merci de nous communiquer l'ordonnance et les éléments médicaux nécessaires

Si l'enfant doit suivre un traitement 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 : Mail :

Nom, date et signature des parents :