



FÉDÉRATION DES
MAISONS DES JEUNES
ET DE LA CULTURE
D'ALSACE

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	
Diphtérie	oui non / /	
Tétanos	oui non / /	
Polioluélite	oui non / /	
ou DT Polio	oui non / /	
ou Tétracoq	oui non / /	

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

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
Varicelle oui non
Angine oui non
Scarlatine oui non
Coqueluche oui non

Otite oui non
Rougeole oui non
Oreillons oui non
Rhumatisme 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 problèmes 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 :