



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**DOCUMENT CONFIDENTIEL**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements de liaisons médicales et sanitaires, qui pourront être utiles pendant la durée du séjour ou de l'accueil du jeune. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé, et permet à l'association de posséder toutes les informations nécessaires à son inscription.

Merci de la remplir consciencieusement et de signaler toute modification qui serait à apporter à ce document

## JEUNE

Nom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Garçon :

Fille :

## PERSONNE(S) À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Responsable du jeune : \_\_\_\_\_

Téléphone : (Fixe) \_\_\_\_\_ (Port) \_\_\_\_\_  
(Travail) \_\_\_\_\_

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les responsables légaux) :

Nom	Prénom	N° de téléphone	Liens de parenté

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Régime : Général  Fonctionnaire  Agricole  Pêche maritime

Autre (SNCF, EDF...) : \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS

A REMPLIR obligatoirement (ou joindre une copie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS (obligatoire)	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

## ▪ TRAITEMENTS MÉDICAUX, DIFFICULTÉS DE SANTÉ

➤ Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

RUBÉOLE				VARICELLE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ				SCARLATINE			
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON	
COQUELUCHE				OTITE				ROUGEOLE				OREILLONS			
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON	

➤ A-t-il des difficultés de santé ou besoins particuliers (maladies, hospitalisations, accidents, opérations, rééducation...)? Dans ce cas, merci d'indiquer si besoin les précautions à prendre :

➤ Le jeune suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Si oui et si nécessité pour l'équipe de lui donner, merci de joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine avec la notice)

**AUCUN MEDICAMENT NE PEUT ETRE DONNÉ PAR L'EQUIPE SANS ORDONNANCE ET AUTORISATION ECRITE DES RESPONSABLES LEGAUX**

## ▪ ALLERGIES

ALIMENTAIRES : \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTEUSES : \_\_\_\_\_

AUTRES : \_\_\_\_\_

MERCI DE PRÉCISER LA CONDUITE À TENIR :

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale). Je m'engage à signaler au(x) responsable(s) de la structure tout changement concernant les informations de mon enfant inscrites sur cette fiche durant l'année.

Date :

Signature :

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)