

MAIRIE DE SOUCIEU-EN-JARREST

Espace Jeunesse

2020 – 2021

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

LE JEUNE

(à joindre obligatoirement avec la
fiche d'inscription)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et de vaccinations du jeune).

Liste des Vaccins	Oui	Non	Date dernier rappel	Liste des Vaccins	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R O R ¹	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI VOTRE ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Votre enfant suit-il un traitement médical : Oui ☐ Non ☐

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

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

¹ Rubéole-Oreillons-Rougeole

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ (joindre le protocole et toutes informations utiles)

En cas d'allergie alimentaire, la famille devra fournir le repas de son enfant.

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**Toute allergie doit obligatoirement être signalée au service enfance-jeunesse de la Mairie.
En effet, en cas d'incident, la Mairie ne peut être tenue pour responsable.**

Nom du médecin traitant :
Adresse :
Numéro de téléphone :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

En cas d'urgence, prévenir en priorité :
NOM/PRENOM..... ☎.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ☐ non ☐
DES LUNETTES : oui ☐ non ☐
DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ☐ non ☐
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ☐ non ☐
AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4 - AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ☐ non ☐

Autorisation de prise de photo et vidéo pour utilisation sur les supports de communication
(Site Internet Mairie, bulletin municipal ...) oui ☐ non ☐

5 - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'adolescent, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à :

Date :/...../.....

Signature :