

FICHE SANITAIRE

DE LIAISON

Adhésion 2017/2018 :

Du 01/09/2017

Au 31/08/2018

Enfants

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse e-mail du jeune :@.....

N° de téléphone portable du jeune : - - - -

Responsable de l'enfant/du jeune

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse e-mail :@.....

Souhaitez-vous recevoir les programmes et informations de service jeunesse par email : oui non

Numéros de téléphone utile :

Mère : Domicile : Portable : Travail :

Père : Domicile : Portable : Travail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | oui | non | Dates des derniers rappels |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|
| Diphtérie | | | |
| Tétanos | | | |
| Poliomyélite | | | |
| Ou DT Polio | | | |
| Ou Tétracoq | | | |
| BCG | | | |

| Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------------|-------|
| Hépatites B | |
| Rubéole-oreillons-rougeole | |
| Coqueluche | |
| Autres (à préciser) | |

Renseignements médicaux concernant l'enfant

- L'enfant suit-t-il un traitement médical permanent ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente correspondant

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Rhumatisme articulaire aigü <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

Allergies

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> | <p>Allergie alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, précisez :</p> | <p>Allergie médicamenteuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, précisez :</p> | <p>Autres :</p> |
|---|--|---|---|

- Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

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

- Indiquez les complications de santé liées aux : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations chirurgicales, rééducation,) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

- Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ... Précisez

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

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'espace jeunes à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

autorise que mon enfant soit photographié(e) et/ou filmé(e) au cours de l'année, dans le cadre des activités organisées par la ville d'Epône.

autorise que les photos où apparaissent mon enfant puissent être diffusées sur la page Facebook de la ville d'Epône.

Date :

Signature :