



Association « Le SALOON »

Saint Philbert de Bouaine

ACTIVITES ET SORTIES POUR L'ANNEE 2020

1 – JEUNE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé). PAS DE PHOTOCOPIES A FOURNIR.

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

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune suit-il un traitement médical lors des activités et sorties de l'accueil jeunes ? oui non

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.

LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?
(*A titre indicatif*)

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (*si automédication le signaler*)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE JEUNE PORTE-T-IL :

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non
UN APPAREIL DENTAIRE : oui non

DES LENTILLES : oui non
DES LUNETTES : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ : (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

5 - ACTIVITES SPORTIVES ET BAIGNADES

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

6 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

TÉLÉFIXE : **PORTABLE :**

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné, responsable légal du jeune, 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 du jeune.

Date :

Signature :