



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
Diphtérie				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 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"/>	

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

MEDICAMENTEUSES 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 ☐

DES LENTILLES : oui ☐ non ☐

UN APPAREIL DENTAIRE : 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

.....

TÉL. FIXE : 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 :