



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Dispositif « Argent de poche »

1- LE JEUNE

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :



:

Sexe : Masculin : ☐

Féminin : ☐

2- RESPONSABLE DU JEUNE

Nom : Prénom :

Adresse :



:



:

Tél. prof. Père :

Tél. prof. Mère :

3- MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :



:

4- VACCINATIONS

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical du médecin traitant.

5- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Le jeune suit-il un traitement médical régulier ? OUI ☐ NON ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

Rubéole	OUI ☐	NON ☐
Angine	OUI ☐	NON ☐
Scarlatine	OUI ☐	NON ☐
Coqueluche	OUI ☐	NON ☐
Varicelle	OUI ☐	NON ☐
Rhumatisme articulaire aigu	OUI ☐	NON ☐
Otite	OUI ☐	NON ☐
Rougeole	OUI ☐	NON ☐

ALLERGIES

Asthmes : OUI ☐ NON ☐
 Médicamenteux : OUI ☐ NON ☐
 Alimentaires : OUI ☐ NON ☐

Autres :

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

.....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

6- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Port de lunettes, lentilles, prothèse auditives, autres) précisez :

.....

Je soussignéresponsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le tuteur du jeune à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date :

Signature :

