Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANCAISE

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

JEUNE

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

GARCON : ☐ FILLE : ☐

Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs.

DATES ET LIEU D'ACCUEIL : CLUB ADOS – De septembre 2023 à Août 2024

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin de la période d'accueil.

1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU INFORMATIONS RELATIVES A LEURS CONTRE-INDICATIONS :

Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Le jeune suit-il un **traitement médical** ? 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.

ALLERGIES :	Alimentaires :	oui	non	Précisez : ……
	Médicamenteuses :	oui	non	Précisez : ……
	Autres :	oui	non	Précisez :……

DIABETE : oui non

ASTHME : oui non

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES (se référer au projet d'accueil individualisé si existant) :

……

……

……

……

3 – <u>LES DIFFICULTES DE SANTE</u> :

Indiquez ci-après les difficultés de santé, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les **précautions à prendre :**

……

……

……

……

---

4 – <u>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS</u> :

Le jeune porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.? Précisez :

……

……

……

Le jeune suit-il un régime alimentaire particulier (sans porc, végétarien, etc.)? Précisez :

……

……

……

---

5 – <u>RESPONSABLES DU JEUNE</u> :

<u>MERE</u> : Nom …… Prénom ……

Adresse : ……

<u>Numéros de téléphone</u> Fixe : …… Portable : …… Professionnel : ……

<u>PERE</u> : Nom …… Prénom ……

Adresse : ……

<u>Numéros de téléphone</u> Fixe : …… Portable : …… Professionnel : ……

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) : ……

En cas d'urgence :

Je soussigné, ……, responsable légal du jeune, autorise le responsable du Club Ados à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date : Signature :

Je soussigné, ……, responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature :