

# Fiche sanitaire de liaison 2024/2025

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.  
Elle sera détruite le 31 août 2025.



## 1-Identité de l'enfant :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée :

Garçon

Fille

J'autorise la MJC à dématérialiser la fiche sanitaire (scan, photo...)

## 2-Vaccinations :

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin Antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 3-Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical :  Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**

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

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

RUBEOLE <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 <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 :

ASTHME :  Oui  Non      MEDICAMENTEUSES :  Oui  Non      ALIMENTAIRES :  Oui  Non

AUTRES : .....

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

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

### Recommandations utiles des parents

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

.....  
 .....

### MEDECIN TRAITANT

NOM : ..... TEL : .....

## 4-Responsable(s) de l'enfant :

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

### NUMEROS DE TELEPHONES :

MERE DOMICILE : ..... PORTABLE : ..... TRAVAIL : .....

PERE DOMICILE : ..... PORTABLE : ..... TRAVAIL : .....

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tel. :	Tel. :	Tel. :

## PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tel. :	Tel. :	Tel. :

Je soussigné .....  
 Responsable l'égal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la M.J.C à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : .....

SIGNATURE :

