



Secteur Jeunes – MJC Les petites rivières

Fiche sanitaire de liaison 2019-2020

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES

Nom et prénom du jeune :

- Vaccinations
(Cocher la case correspondante)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou Tétracoq				BCG	
Ou DT Polio				Autre (préciser)	

Joindre une copie du carnet de santé relative aux vaccinations

- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :
(Cocher la case correspondante)

	oui	non		oui	non		oui	non
Rubéole			Rhumatisme articulaire aigu			Otite		
Varicelle			Scarlatine			Rougeole		
Angine			Coqueluche			Oreillons		

- Votre enfant suit-il un traitement médical ? oui non
(Si oui, préciser s'il y a une conduite à tenir)

.....

- Allergies
Allergie alimentaire oui non Asthme oui non
Allergie médicamenteuse oui non

Autres (préciser).....
 Préciser la conduite à suivre (signaler toute automédication) et/ ou les difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, opération...)

.....

- Recommandations utiles
(Port de lunettes, lentilles, prothèse auditives...)

.....
