



# Secteur Jeunes – MJC Les petites rivières

## Fiche sanitaire de liaison

Année :

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES

Nom et prénom du/de la jeune : .....

- Vaccinations

**Joindre une copie du carnet de santé relative aux vaccinations.**

- Votre enfant a-t-il/elle 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/elle 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, ou toute autre information sur votre enfant...)

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