



Service jeunesse : 01 34 43 94 50

## FICHE SANITAIRE 2013 / 2014

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les temps d'accueil du jeune.

### 1. JEUNE

Nom :	Prénom :
Date de naissance :    /    /	lieu :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse :	

### 2. Médecin traitant

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
N° de téléphone :

### 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

suit-il un traitement médical ?             oui             non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom du jeune avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin**

#### LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Allergies :

ASTHME             oui             non            MÉDICAMENTEUSE             oui             non  
ALIMENTAIRE     oui             non            AUTRE                             oui             non

*Joindre la photocopie des vaccins*

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRES :

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

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

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Précisez si le jeune porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, s'il suit un régime particulier etc....

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

---

Je soussigné(e), ..... responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : ..... Signature : .....

---