



# Secteur Jeunes – MJC Les petites rivières

## Fiche sanitaire de liaison 2020-2021

### 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...)

.....  
.....