

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON – MJC DE FISMES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Garçon  Fille

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles afin d'assurer une bonne prise en charge de votre enfant. Elle permet aussi en cas d'accident de fournir au médecin ou aux pompiers les informations nécessaires aux bons soins de votre enfant.

**Il est par conséquent important que vous veilliez à ce que les informations soient complètes et précises !**

## 1/ Vaccinations :

### Fournir photocopie du carnet de santé

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

## 2 / Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Si votre enfant est amené à suivre un traitement médical, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage avec la notice et une autorisation manuscrite de votre part nous autorisant à donner le traitement.

**Nous ne pourrions donner à l'enfant un traitement sans ordonnance, ni autorisation.**

### Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aigu		Scarlatine	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		

Votre enfant souffre-t-il d'allergie, médicamenteuse, alimentaire, asthme etc... ? **Oui**  **Non**  (si oui précisez la conduite à tenir)

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation etc.). Si oui, précisez les précautions à prendre :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc. (précisez)  
OUI  NON  : \_\_\_\_\_

## 3/ Responsable de l'enfant

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Tél n°1 \_\_\_\_\_ Tél n°2 \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_

Numéro sécurité sociale : \_\_\_\_\_

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

Date :

Signature :