



ASSOCIATION SERVICE JEUNESSE

Tél / Fax : 03 21 29 11 05 / 06 222 78 666

www.servicejeunesse.asso.fr

contact@servicejeunesse.asso.fr



Ces informations sont strictement confidentielles et ne seront communiquées à l'équipe d'encadrement qu'en cas de force majeure. Les dossiers sont gardés sous clef par le directeur de la structure.

FICHE DE LIAISON	L'enfant ou l'adolescent : NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
-----------------------------	---

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ELLE SERA CONSERVÉE UNE ANNÉE ENTIÈRE AFIN DE VOUS ÉVITER DE LE FAIRE À CHAQUE INSCRIPTION DANS LES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS DE NOTRE STRUCTURE – TOUTE FOIS MERCI DE NOUS SIGNALER TOUT CHANGEMENTS INTERVENUS EN COURS D'ANNÉE

2 - VACCINATIONS (Remplissez ou joignez la photocopie du carnet de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	Oui	DATES
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			ROR		
Poliomyélite Ou DT polio Ou Tétracoq					
BCG					

*Ou copie du
Carnet de Vaccinations*

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE À LA VIE EN COLLECTIVITÉ. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT ou L'ADOLESCENT :

Le mineur suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*). **Ordonnance Jointe ?** Oui Non

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME : Oui Non

MÉDICAMENT : Oui Non

NOM : _____

ALIMENTAIRE : Oui Non

ALIMENT : _____

Autre : _____

L'enfant pratique-t-il l'automédication : Oui Non

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

- MALADIE : Oui Non Nature : _____
- ACCIDENT : Oui Non Nature : _____
- CRISES CONVULSIVES : Oui Non
- HOSPITALISATION : Oui Non Nature : _____
- OPÉRATION : Oui Non Nature : _____
- RÉÉDUCATION : Oui Non Nature : _____
- AUTRE : _____

Précautions à prendre : _____

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

- LENTILLES : Oui Non
- DES LUNETTES : Oui Non
- DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui Non
- DES PROTHÈSES DENTAIRES : Oui Non
- AUTRE : _____ Oui Non
- AUTRE : _____ Oui Non

Recommandations : _____

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné, NOM : _____ Prénom : _____ responsable légal de l'enfant, l'adolescent dénommé ci-contre, 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 : _____

DANS NOTRE STRUCTURE L'ENFANT, L'ADOLESCENT A RECU DES SOINS

(Soins légers prodigués par l'équipe pédagogique)

Le : _____ Pour : _____

Il a reçu les soins suivants : _____ Donnés par : _____

Le : _____ Pour : _____

Il a reçu les soins suivants : _____ Donnés par : _____

Le : _____ Pour : _____

Il a reçu les soins suivants : _____ Donnés par : _____

Le : _____ Pour : _____

Il a reçu les soins suivants : _____ Donnés par : _____

Le : _____ Pour : _____

Il a reçu les soins suivants : _____ Donnés par : _____

Remarque concernant le séjour de l'enfant / l'adolescent :