



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Août 2010-Juillet 2011

1- ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° mutuelle :

Garçon Fille

2- MÉDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

3- VACCINATIONS

Veillez nous transmettre une photocopie des pages vaccinations du carnet de santé ou des certificats de vaccinations.

Date du dernier rappel de vaccination antitétanique :/...../.....

4- ALLERGIES

ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

**Si l'enfant est allergique, faire remplir l'annexe 3 par le médecin traitant.*

5- DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Veillez indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **dates et précautions à prendre**.

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

6- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc..... Précisez.

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

► Je soussigné, représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable autorise le Directeur du Point Jeune à prendre toute mesure utile pour préserver la santé de l'enfant qui lui est confié, au besoin, en faisant appel à un médecin ou en le faisant hospitaliser, même pour observation.

Ils donnent pouvoir à ce dernier d'autoriser les services médicaux compétents à procéder à tout acte médical ou chirurgical pris dans l'intérêt de l'enfant. En contrepartie, le Directeur du Point Jeune s'engage à contacter rapidement les parents ou toute autre personne désignée par eux, sous réserve des conditions d'urgence et de sécurité qui prévalent.

Date :

Signature :



ANNEXE 3 - ALLERGIE

Feuillet à remplir par le médecin

PROTCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Le médecin doit cocher impérativement une case

Classe d'allergie	Description	Case à cocher selon le cas
Cas n° 1 : cas très grave	Choc allergique nécessitant l'injection d'adrénaline ou autre	
Cas n° 2 : cas grave	Choc allergique nécessitant une trousse médicale spécifique	
Cas n° 3 : cas de réaction légère	Réaction allergique légère à des quantités non négligeables et/ou nécessitant la prise d'un médicament	

LISTE DES ALIMENTS EXCLUS

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

SIGNES D'APPEL – SYMPTOMES VISES

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

CONDUITE A TENIR

1/ En cas d'apparition de l'un de ses signes, administrer à l'enfant :

Nom du(des) médicament(s) :

Mode de conservation :

Mode d'administration :

Gestes à faire :

.....

2/ Dans tous les cas

- Surveiller l'enfant en permanence,
- Appeler le 15 (n° des urgences médicalisées)
- Appeler les parents, tél : _____

Fait le

Cachet et signature du médecin traitant :

ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné(e) Docteurcertifie avoir
examiné :(Nom, Prénom)né le
et le déclare apte à pratiquer toutes les activités sportives mises en place dans le cadre des
programmes d'animations de la structure du Point Jeune, excepté (citer exactement les activités non
praticables par le jeune) :
.....
.....
Fait à, le

Signature et cachet du médecin (obligatoire) :