



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles  
**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**



1 N° 10008'02

**ANNÉE 2022-2023**

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'activité Oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants  
**(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, datée, marquées au nom de l'enfant avec la notice)**  
**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

A titre indicatif L'ENFANT 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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE 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"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES .....

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

.....  
.....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....

## INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ OU AUTRE** (MALADIE, HANDICAP, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION, SURDITE...) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

### 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non

DES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE : oui  non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire, savon...)

### 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

Email : .....

TÉL. FIXE DOMICILE : ..... TÉL. TRAVAIL : .....

PORTABLE : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

*Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgences, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

### 5 – INFORMATION ASSURANCE

L'association MJC ne dispose que d'une assurance « Responsabilité Civile : dommages causés à autrui », dans le cas où sa responsabilité est engagée. Toutefois, la responsabilité individuelle des adhérents ou de leurs parents (lorsque ceux-ci sont mineurs) ne peut être dérogée s'ils causent un dommage à autrui ou se blessent seuls.

Aussi, nous vous conseillons vivement de souscrire une assurance « Individuelle Accident », surtout si toutefois vous ne possédez pas de mutuelle et de sécurité sociale.

### 6 – DROIT A L'IMAGE

J'autorise également l'association à utiliser les différents supports (photos, vidéos ...) réalisés lors de l'activité et à les diffuser sur nos différents supports de communication (site mairie, groupe **privé** Facebook, journal).

En cas de refus, merci de cocher cette case

Pris connaissance le :

Signature :