



MINISTRE 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 MEDICAUX 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<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                   |   |

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES .....

**PRECISEZ 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 COMPLEMENTAIRES (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 :**