



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et prénom : .....  Fille  Garçon  
date de naissance : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par la FDMJC d'ALSACE. Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.



## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre obligatoirement une photocopie des vaccins. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

Vaccins obligatoires	derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphthérie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....	Hépatite B	..... / ..... / .....
Tétanos <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....	Rubéole-Oreillons-Rougeole	..... / ..... / .....
Polioluéite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....	Coqueluche	..... / ..... / .....
ou DT Polio <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....	BCG	..... / ..... / .....
ou Tétracoq <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....	Autre(s) : .....	..... / ..... / .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Suit-il un traitement médical ?  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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Suit-il un régime alimentaire ?  oui  non  
Si oui,  végétarien  sans porc  autre : .....

### A-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

- Asthme  oui  non
- Alimentaires  oui  non
- médicamenteuses  oui  non
- crème solaire  oui  non
- anti-moustique  oui  non
- autres  oui  non

(animaux, plantes, pollen...)

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : .....

### A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rubéole  oui  non
- Varicelle  oui  non
- Angine  oui  non
- Scarlatine  oui  non
- Coqueluche  oui  non
- Otite  oui  non
- Rougeole  oui  non
- Oreillons  oui  non
- Rhumatisme articulaire aigu  oui  non

Est-il atteint de troubles de la santé ou de handicap ?  oui  non  
Si oui, précisez : .....

Indiquez ci-après les problèmes de santé particuliers qui nécessitent la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter : .....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? A-t-il des difficultés de sommeil, des problèmes d'énurésie nocturne, des problèmes comportementaux, etc... ?  oui  non

Si oui, précisez : .....

## LE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant l'activité : .....

téléphone en cas d'urgence : ..... autre téléphone : .....

Nom du médecin traitant : ..... téléphone du médecin traitant : .....

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché (obligatoire) : .....

Je soussigné, ..... 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.

Fait le ..... à .....  
signature :



Fédération des Maisons des Jeunes et de la Culture d'Alsace

# Vélo Tour

13-15 ans / Année

PAMINA



05/08/2019 ▶ 09/08/2019

Viens vivre un voyage transfrontalier à vélo !  
Sei dabei bei einer grenzüberschreitenden Radtour!

Tarif 90€ Kosten



