

CENTRE DES JEUNES

Association inscrite au Registre des Associations.
Volume LVIII N° 14 du Tribunal d'Instance de Strasbourg
Communauté Israélite de STRASBOURG
1a, rue du Grand Rabbin René Hirschler
B.P. 183 - 67005 STRASBOURG CEDEX

Tél. 03 88 15 70 01 - Fax 03 88 24 26 69 - E-MAIL : noah.cdj@gmail.com

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon

Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT POLIO				Autres (préciser)	
Ou 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**

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) _____

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES:

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

4- RECOMMANDATIONS DES PARENTS (lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires...):

5- PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

6. COORDONNEES DU PEDIATRE : _____

7- AUTORISATION DE TRAITEMENT

Je soussigné(e) _____

Père, Mère, Tuteur de l'enfant _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise, par la présente, le Directeur du Centre à prendre, en cas d'accident de mon enfant toutes les mesures indispensables, tant médicales que chirurgicales, et à le / la faire hospitaliser s'il y a lieu.

Fait A Strasbourg, Le _____

Signature du Père

Signature de la mère