

ESPACES JEUNES

ANNEE 2026-2027

LE JEUNE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon Fille

1 – VACCINATIONS

Joindre une photocopie des vaccinations issues du carnet de santé à la page des vaccins obligatoires (diphtérie, tétanos, poliomyélite,...) ou une attestation du médecin approuvant que les vaccins sont à jour.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Le jeune suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'espace jeunes Oui Non

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

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuses oui non
 Alimentaires oui non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

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

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** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

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

3 – Responsables du mineur :

Responsable N°1

Nom : Prénom

Adresse :

Tel domicile : Tel portable :

Tel travail :

Responsable N°2

Nom : Prénom

Adresse :

Tel domicile : Tel portable :

Tel travail :

*Je soussigné(e) ,responsable légal du
jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.*

Date :

Signature :