

# 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](mailto: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	
<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**

### 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