

**FICHE SANITAIRE**  
**Club ados PARNE / FORCE**

CERFA N° 85-0233

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre jeune.

**I. Ados** NOM : ..... PRENOM : .....  
SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**II. VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	.....	___/___/___
Du DT coq	.....	___/___/___
Du Tétracoq	.....	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	.....	___/___/___
	.....	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	___/___/___	.....	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	___/___/___
.....	.....	___/___/___

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
..... | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Alimentation :  Normal  Végétarien  Sans porc  Sans poisson

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui

SI OUI, LEQUEL ? .....  
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)  
Attention, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

VOTRE ENFANT PORTE -T-IL ?

Des lunettes   
Des lentilles   
Des prothèses dentaires   
Des prothèses auditives

VOTRE ENFANT SAIT IL NAGER ?

Oui  Non   
Si oui, merci de nous fournir une copie de l'attestation d'aisance aquatique.

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  Oui  Non

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....

NUMEROS DE TELEPHONE :

Mère : Domicile : ..... Père : Domicile : .....  
Portable : ..... Portable : .....  
Travail : ..... Travail : .....

MEDEDIN TRAITANT:

Nom.....  
Adresse.....  
Numéro de téléphone.....

Je soussigné(e) ....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service jeunesse, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ..... Signature :