

Fiche sanitaire de liaison – catéchisme et aumônerie 2025-2026

Nom du jeune : _____ Prénom : _____

garçon fille Date de naissance : _____

I – Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				B.C.G.			
ou Tétracoq							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'on n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

- Maladies déjà contractées :

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

- Asthme oui non
- Allergies majeures oui non
- Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

II Le jeune a-t-il un traitement médical en cours ?

Est-ce que ce traitement nécessite d'être pris pendant les temps de catéchèse ou d'aumônerie ? _____ Si oui, joindre une ordonnance.

- Indiquer les **difficultés de santé majeures** (maladies, crises convulsives, handicaps, **troubles du comportement**, suivi **psychologique**, troubles physiologiques) ou tout autre chose qu'il convient de signaler en précisant les **précautions à prendre** :

- Nom et tél. du médecin traitant : _____

III - Recommandations utiles : Préciser en cas de port de lunettes, de lentilles de contact, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc.

IV – Responsable légal pour les mineurs :

Nom : _____

Prénom : _____

Tel portable : _____

V – Validation :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant,

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, **et avoir fourni toutes les informations sanitaires utiles et m'engage à les réactualiser si nécessaire.**

Autorise le responsable du catéchisme (ou de l'aumônerie) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires **par l'état de santé du mineur.**

Date : _____ Signature(s) du responsable légal précédée(s) de la mention « Lu et approuvé, bon pour autorisation : »