



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1- ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES A L'ENCADREMENT DE L'ENFANT LORS DES DEPLACEMENTS D'ENTRAINEMENT OU DE COMPETITION. IL CONVIENT D'INFORMER LE CLUB POUR TOUT CHANGEMENT OU EVOLUTION DE TRAITEMENT

### 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 RECOMMADES	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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant sui-il un **traitement médical** ? oui  non

(Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants si nécessaire. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance ou sans autorisation de votre part.)

#### L'ENFANT A-T-IL DEJA 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"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :** ASTHMES OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
ALIMENTAIRES OUI  NON  Autres \_\_\_\_\_

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

INDIQUEZ LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC.... PRECISEZ.)**

**5- RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone d'urgence

- 1° Nom / Tel \_\_\_\_\_
- 2° Nom / Tel \_\_\_\_\_
- 3° Nom / Tel \_\_\_\_\_

Nom / tel du Médecin traitant \_\_\_\_\_

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

Fait à \_\_\_\_\_, Le  
Signature