

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles durant les vacances sportives

L'ENFANT :

NOM : PRENOM :
 SEXE : Garçon Fille DATE DE NAISSANCE : [][][][][][][][][]

LES RESPONSABLES DE L'ENFANT :

PERE	MERE
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
.....
.....
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :
☎ travail :	☎ travail :
N° de S.S. :	N° de S.S. :
Adresse du centre payeur :	Adresse du centre payeur :
.....

LE MEDECIN :

Médecin traitant de l'enfant à contacter en cas d'urgence :

NOM : ☎ |

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN L'ABSENCE DES PARENTS :

NOM : Qualité : ☎ |
 NOM : Qualité : ☎ |
 NOM : Qualité : ☎ |

VACCINATIONS :

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

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
	- du DT polio	
- du DT coq		/ /
- du Tétracoq		/ /
- d'une prise polio		/ /
RAPPELS		/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	Vaccins pratiqués	DATES
1er vaccin	/ /	Vaccin	/ /		/ /
Revaccination	/ /	1er rappel	/ /		/ /

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?
(joindre un certificat médical de contre-indication)

Injections de sérum	NATURE	DATES
		/ /
		/ /

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Groupe sanguin de l'enfant : _____

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"/>	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"/>

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)

_____	/ /
_____	/ /
_____	/ /

ALLERGIES

Asthme : Non Oui

Médicamenteuse : Non Oui Si oui, lequel :

Alimentaire : Non Oui Si oui, lequel :

En cas de problème allergique, l'enfant bénéficie-t-il d'une automédication :

Non Oui Si oui, lequel :

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Si l'enfant doit bénéficier d'un régime alimentaire particulier, veuillez préciser :

sans porc sans viande autre aliment :
(joindre obligatoirement un certificat médical)

RECOMMANDATIONS DES PARENTS : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, prothèse dentaire ...)

.....
.....

Si l'enfant suit un traitement médical, veuillez préciser :

(Joindre impérativement l'ordonnance médicale. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.)

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

Fait à _____, le Signature :

--