

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

G F

NOM :

PRÉNOM :

NE(E) LE :

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				R-O-R	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre - indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?

oui

non

Si **OUI**, lequel.....

• L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

• ALLERGIES :

Asthme : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Alimentaire : OUI NON

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Prénom.....

Adresse.....

N° tél domicile :

N° tél travail :

N° sécurité sociale :

Je soussigné,....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé du jeune (les frais médicaux seront à la charge des parents).

Mon enfant partira seul de l'activité OUI NON

Si **NON**, quelles sont les personnes autorisées à venir le chercher :

Date et signature du responsable légal :