

FICHE SANITAIRE DE LIAISON • ACTIV'SPORTS ÉTÉ 2019

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Garçon :

Fille :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Coordonnées téléphoniques du père

Domicile :/...../...../...../.....

Mobile :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

Coordonnées téléphoniques de la mère

Domicile :/...../...../...../.....

Mobile :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

Autres Numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)

.....:/...../...../...../.....

.....:/...../...../...../.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.

(Boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ? Asthme : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres : OUI NON

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

ÉTAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ENFANT)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATE |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

Si les enfants n'ont pas les vaccins obligatoires, merci **de joindre le certificat médical de contre-indication.**

Attention : le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication.

ÉTAT DES MALADIES ENFANTINES

L'enfant a-t-il déjà eu des maladies suivantes ?

| MALADIE | OUI | NON | MALADIE | OUI | NON |
|-----------|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|
| Rubéole | | | Coqueluche | | |
| Varicelle | | | Rougeole | | |
| Oreillons | | | Scarlatine | | |
| Otite | | | Rhumatisme articulaire aïgü | | |
| Angine | | | | | |

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé-maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,-en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?

Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux....)

.....

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

DOCTEUR :Téléphone...../...../...../...../.....

ADRESSE :

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné,, responsable de l'enfant..... certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :