

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SERVICE DES SPORTS & VIE ASSOCIATIVE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé !

- 1- **Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Vous pouvez nous joindre une photocopie des vaccins.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACINS RECOMMANDE	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

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

2- Renseignement médicaux concernant l'enfant

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

L'enfant a-t-il un **PAI** ? oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu des maladies suivantes ? (Entourez la case)

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

Allergies : ASTHME ☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non

ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non

AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (Maladie, accident, crise convulsives, hospitalisations, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Poids : Taille : (*Information nécessaires en cas d'urgence*)

Si, il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? : ☐ oui ☐ non

Si oui, prévoir le nécessaire pour la durée du séjour.

- 3- Recommandations utiles des parents.** Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez.

.....
.....
.....
.....

- 4- Régime alimentaire :** ☐ Pas de régime précis

☐ Sans porc

☐ PAI (Protocole)

☐ Autres :

.....

- 5- Autres :**

Baignade –sait nager : ☐ oui ☐ non (*Si oui, joindre une attestation à la pratique aquatique*)

Important : Ne remettez jamais à votre enfant l'original du carnet de santé. Si vous jugez utile, joignez-en copie à la fiche sanitaire de liaison.

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéants, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :