



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON SAISON 20..

Fiche établie à partir du CERFA n°10008\*02 du Ministère de la Jeunesse et des Sports.

### 1- ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant au sein du club ou lors des stages et sorties ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### 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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

### 3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant la saison ? oui non

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente 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 LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE : oui non

VARICELLE : oui non

ANGINE : oui non

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ : oui non

SCARLATINE : oui non

COQUELUCHE : oui non

OTITE : oui non

ROUGEOLE : oui non

OREILLONS : oui non

**ALLERGIES :**

ASTHME : oui non  
MÉDICAMENTEUSES : 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, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone 1 (père) : .....

Téléphone 2 (mère) : .....

**NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT** (FACULTATIF) .....

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :