



**ASSOCIATION LOISIRS PERIGUEUX
GROUPE NAUTIQUE DU PERIGORD**

**MOULIN DE SAINTE CLAIRE
24000 PERIGUEUX**

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	no n	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				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.

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 (PENDANT LA SAISON)

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

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

.....

BUREAU :

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 :

OBSERVATIONS

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