

Fiche de liaison obligatoire

ENFANT : Nom. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Prénom. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Garçon r Fille r Date de naissance............/............../.................

Séjour ................................................................................ Du............./................/..........Au............./................/..........

Photo obligatoire

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles durant la saison de l’enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du stage

VACCINATIONS : Remplir à partir du carnet de santé, ou des certificats de vaccination de l’enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | Dates des derniers rappels | VACCINSrecommandés | Dates des derniers rappels |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons- |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Rougeole |  |
| ou DT Polio |  |  |  | Coqueluche |  |
| ou Tétra coq |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

RESPONSABLE DE L’ENFANT : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

adresse durant le stage :. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Code Postal : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Ville . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tél. Domicile :......./......../......../......../........ Tél.Port.: :......./........./........./........./........

 Nom du médecin traitant :.....................................................................Tél.:......./........./........./........./........

Indiquez 2 personnes en précisant le rapport \* (famille, amis, voisins) à contacter si nous ne pouvions vous joindre

Nom ................................................... tél :............................................ rapport\* :..................................... Nom ................................................... tél :............................................ rapport\* :.....................................

Adresse de votre CPAM : ..................................................................................................................... N° de sécurité sociale : .............................................................................................................................

Si vous bénéficiez d’une prise en charge à 100% (CMU ou autre), nous remettre impérativement une copie de l’attestation de la sécurité sociale.

ALLERGIES : ASTHME OUI r NON r ....... MEDICAMENTEUSES OUI r NON r

ALIMENTAIRE OUI r NON r AUTRES ....................................................................... PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) .....

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

SI L’ENFANT N’A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L’ENFANT

L’enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI r NON r

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)

IMPORTANT : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLEOUI NON | VARICELLEOUI NON | ANGINESOUI NON | SCARLATINEOUI NON | RHUMATISMES ARTICULAIRE AIGüOUI NON |
| COQUELUCHEOUI NON | OTITESOUI NON | ROUGEOLEOUI NON | OREILLONSOUI NON |

............................................................................................................................................................................ REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER OUI r NON r PRECISEZ..............................................................

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, handicap,accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

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

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

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

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

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

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

votre signature obligatoire :

DATE : ....................................

Observations des Responsables de l’ASDLC : ......................................................................................................................

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

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

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