

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

FORMULAIRE A REMPLIR ET A SIGNER (un par enfant)

## ENFANT

Nom ..... Prénom .....

Sexe(1) M  F

1-**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCIN OBLIGATOIRE (1)	Oui	Non	Nom et date (2) du dernier rappel	
DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	...../...../.....

SI VOTRE ENFANT N'A PAS LES VACCINS CI-DESSUS, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION A LA VACCINATION

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? (1) 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**).

## L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ASTHME (1) oui  non  MEDICAMENTEUSES (1) oui  non

ALIMENTAIRES (1) oui  non  AUTRES (animaux, pollen,...) (1) oui  non

Si oui, préciser la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? (1) Oui  Non

Si oui, lequel .....

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

(Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant)

.....

## 4-RESPONSABLE DU MINEUR :

Nom ..... Prénom .....

Tél **dom** ..... - ..... - ..... - ..... - ..... Tél **port** ..... - ..... - ..... - ..... - .....

## MEDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom ..... Tél ..... - ..... - ..... - ..... - .....

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : (Obligatoire) .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date : ...../...../.....(2)

(1) case à cocher selon votre choix

(2) jj/mm/aaaa

SIGNATURE RESPONSABLE LEGAL

## CERTIFICAT MEDICAL (si l'enfant n'a pas de licence)

Je soussigné(e), Docteur.....

- **certifie** que l'enfant..... né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ne présente aucune contre-indication à la pratique du football.

- **atteste** que cet enfant est à jour de sa vaccination DT Polio

Cachet du médecin

A.....

Le.....

Signature :

