



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT NOM :	PRÉNOM :
NE(E) LE :	G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

2 - VACCINATIONS (joindre la photocopie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL
Diphthérie				Hépatite B			
Tétanos				R.O.R			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio ou Tétracop				Autres (préciser)			
BCG							

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Est-ce que votre enfant suit un traitement médical ? Oui Non

Si OUI, lequel.....

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<u>RUBEOLE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>VARICELLE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>ANGINE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>SCARLATINE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>COQUELUCHE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>OTITE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>ROUGEOLE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>OREILLONS</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES :

Asthme OUI NON - Médicamenteuses : OUI NON - Alimentaire : OUI NON

Autres.....

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

.....

.....

.....

.....

LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

4 – RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires etc.... (précisez)

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

Mon enfant partira seul de l'accueil de loisirs ou de l'activité : OUI NON

Si **NON**, quelles sont les personnes autorisées à venir le chercher :

.....
.....

Est-ce que mon enfant sait nager : OUI NON
(Joindre la photocopie du brevet)

Brevet : 25m – 50 m – ou plus

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Prénom.....

Adresse.....

.....

N°tél domicile :

N°tél travail :

N°tél portable

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé du jeune (les frais médicaux seront à la charge des parents).

Date :

Signature de ou des parents :