

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1- ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON

FILLE

2- VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Autres (préciser)	
Ou DT polio					
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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCALARTINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	ORIELLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME

OUI NON

MEDICAMENTEUSES

OUI NON

ALIMENTAIRES

OUI NON

AUTRES.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Mr, Mme..... père, mère, tuteur, autre (préciser) autorise l'enfant..... à pratiquer les activités de voile.

J'autorise les responsables à prendre toutes les dispositions qui s'imposent en cas d'accident survenant pendant la pratique du sport (traitement de première urgence, hospitalisation).

ATTESTATION DE NATATION (cocher la case correspondante)

- j'atteste de l'aptitude de mon enfant à savoir nager (minimum 25m)
- je joins un certificat de natation d'une autorité qualifiée
- je soumetts mon enfant au test visant à vérifier l'absence de panique dans l'eau

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-TIL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...

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

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE.....
.....
.....

TEL (fixe et portable) DOMICILE :..... BUREAU :.....
NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif)

.....

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

Date :

Signature :