

**FICHE SANITAIRE DE
LIAISON et**

1 - ENFANT

**DÉCHARGE
PARENTALE**

NOM : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Numéro de licence : _____

OBJET DU SEJOUR :

DATE DU SÉJOUR : du : _____ Au : _____

LIEU DU SEJOUR : Adresse salle de compétitions ou hébergement :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et joindre les **médicaments** correspondant (**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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 SANTE** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPÉRATIONS, RÉÉDUCTIONS) 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 de la personne à prévenir en cas d'urgence)

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL (PENDANT LE SÉJOUR) : LE FIXE : BUREAU :

PORTABLE 1 : PORTABLE 2 :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

TEL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM ET NUMÉRO DE MUTUELLE :

Nous soussignés, M. _____ Et Mme _____, parents de l'enfant _____

- ✓ Déclarons sincères et exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- ✓ Autorisons notre enfant à participer séjour selon l'objet, lieu et dates citées page 1 ;
- ✓ Autorisons le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure d'ordre médical ou médicochirurgicale (y compris l'anesthésie) rendue nécessaire par l'état de l'enfant, pour tout incident survenant durant le déplacement, le séjour ou la compétition.

Faits à : _____ Le : _____

Signature du père :

Signature de la mère