

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom :
 Prénom :
 Né(e) le :
 à :
 Garçon : Fille :

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Adresse : Ville :

Coordonnées téléphonique du père

Coordonnées téléphoniques de la mère

Domicile : Domicile :
 Mobile : Mobile :
 Travail : Travail :

Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Si oui, Merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme :	OUI	NON
Alimentaires :	OUI	NON
Médicamenteuses :	OUI	NON
Autres :	

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

.....

ÉTAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ENFANT)**PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATION**

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

ÉTAT DES MALADIES ENFANTINES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigu		
Angine					

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé – énurésie, maladie, accident, crises convulsives, Opération, rééducation,... en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaire ?

Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux,)

.....

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

M/Mme

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique d'activités physiques et sportives, déclare l'enfant apte à la vie en communauté et être à jour des vaccins obligatoires.

Á

Signature et cachet du médecin

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

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

Date : Signature :