

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT NOM :

PRÉNOM :

G F

NE(E) LE :

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				R-O-R	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio ou Tétracoq				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

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si **OUI**, lequel.....

L'ENFANT A-T-IL DEJA 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

.....
.....

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

.....
.....

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Prénom.....

Adresse.....

.....

N°tel domicile :

N°tel travail :

N°sécurité sociale :

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).

Mon enfant partira seul de l'activité OUI NON

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

.....
.....

Autorisez-vous la MLC G. BRASSENS à utiliser dans le cadre de ses activités des photos ou vidéo de votre enfant prises dans le cadre des activités culturelles

oui non

Date et signature du responsable légal :