

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE:
 AGE : ANS
 GARCON FILLE
 RESIDANCE:

STAGE FOOTBALL ASTRM ~ SIRAE AVRIL 2017

2- RESPONSABLE DE L'ENFANT (Personne exerçant l'autorité parentale)

NOM :PRENOM :
 ADRESSE :VILLE :
 CP : Mail :@.....
 TEL FIXE ET PORTABLE : ___/___/___/___/___ - ___/___/___/___/___
 N° SECU : Régime général SNCF
 N° ALLOCATAIRE CAF : Agricole Autre préciser:
 COMPAGNIE D'ASSURANCE (Responsabilité civile) : N°.....
 NOM DU MEDECIN TRAITANT :
 TEL : ___/___/___/___/___
 EN CAS D'URGENCE PREVENIR : TEL : ___/___/___/___/___

3- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
BCG					

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI- TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

4- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si OUI , joindre une ordonnance récente et 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

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

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

5- INDIQUEZ CI APRES :

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

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

6- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

PRECISEZ :

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

7- AUTRES RENSEIGNEMENTS :

L'ENFANT EST AUTORISE A : VENIR SEUL A L'ACCUEIL (+7 ANS) OUI NON

QUITTER SEUL L'ACCUEIL (+7 ANS) OUI NON

ETRE PRIS EN PHOTO LORS DES ANIMATIONS OUI NON

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR LES SECOURS OUI NON

8 - PERSONNES (PLUS DE 16 ANS) AUTORISEES A REPREDRE L'ENFANT :

NOMS	PRENOMS	TELEPHONE

Je soussigné(e) Mr ou Mme.....

Exerçant l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant .

Date :

Signature :