



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre la copie du carnet de vaccination

## 1. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les activités ? 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.

### ALLERGIES :

Asthme : Oui  Non  Alimentaires : Oui  Non  Médicamenteuses : Oui  Non

Autres .....

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

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

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Indiquez ci-après :

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

L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ou symptômes suivants ?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Rubéole   | Varicelle   | Angine  | Rhumatisme Articulaire aigu                               | Scarlatine  |
| 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  | Oreillons   | Asthme  |
| 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"/> |

## 2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....  
.....

### Numéros de téléphone :

Mère : Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

Père : Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

## 3. PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le représentant légal)

NOM : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

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

### Médecin traitant :

Nom : ..... Téléphone : .....

Date : ..... Signature :