



Fiche sanitaire de liaison 2024

POLE SPORTS /LOISIRS : 01.69.90.73.44

1°Enfant

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/___ Garçon Fille
Adresse : _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles, elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle doit impérativement être remplie par le responsable légal de l'enfant.

2°Vaccination (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio					
Ou Tétracoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical d'aptitude à la collectivité

3° Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre le Protocole d'Accueil Individuel, une ordonnance récente et les médicaments correspondants si nécessaire. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être prescrit

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

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	
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"/>	

Allergies : Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non
Alimentaire Oui Non
Autre

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) 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° Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Madame, Monsieur..... **Tel.**.....
Madame, Monsieur..... **Tel.**.....
Madame, Monsieur..... **Tel.**.....

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

Date :

Signature :