

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DU JEUNE

NOM

PRENOM

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

Vaccinations	Oui	Non	Date des derniers rappels
Tétanos OBLIGATOIRE			
Poliomyélite OBLIGATOIRE			
Diphtérie OBLIGATOIRE			

Je soussigné Mme/Mr

Certifie sur l'honneur que mon fils/ma fille est à jour de toutes les vaccinations obligatoires.

Renseignements médicaux concernant le jeune

Médecin traitant (tél.)

Le jeune suit-il un traitement médical pendant l'activité 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'enfant a-t-il déjà 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	AUTRES

ALLERGIES : Asthme, médicamenteuses alimentaires Autres

Précisez.....

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives).....

Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses, régime alimentaire sans porc, sans viande ...).....

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

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise l'association à laisser partir mon fils/ma fille à la fin des activités

Je n'autorise pas le départ de mon fils/ma fille, si je ne viens pas moi-même, ci-joint la liste des personnes habilitées à venir chercher mon enfant :

NOM	PRENOM	N° DE TELEPHONE

Date.....

Signature.....