

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 ☐ OUI ☐ NON	VARICELLE ☐ OUI ☐ NON	ANGINE ☐ OUI ☐ NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ☐ OUI ☐ NON	SCARLATINE ☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE ☐ OUI ☐ NON	OTITE ☐ OUI ☐ NON	ROUGEOLE ☐ OUI ☐ NON	OREILLONS ☐ OUI ☐ 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 soussignéresponsable 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