

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS 2021/2022

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	L'ENFANT	GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>
	NOM :	_____	
	PRÉNOM :	_____	
	DATE DE NAISSANCE :	_____	

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

L'enfant est-il à jour de ses vaccins obligatoires : Oui Non

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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

ALLERGIES :

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

AUTRES, **PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** : (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** :

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :