

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Septembre 2023-août 2024

(A remplir par le médecin traitant)

I/ ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |__|_| |__|_| |__|_| Sexe : Féminin Masculin

Adresse mail : _____

Numéro téléphone contact famille : _____

I/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

II/ VACCINATIONS (se référer au **cahier de santé** ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins Obligatoires a jour	Oui	Non	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole –Oreillons– Rougeole	
Poliomyélite				
COQ				
B.C.G.				

III/ ALLERGIES : Oui Non

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

IV/ **EXAMEN** pratiqué le : |__|__| |__|__| |__|__|

Nom, Adresse et Téléphone du médecin traitant : Docteur _____

Code Postal : _____ Ville : _____

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.**

Je soussigné(e) _____, Docteur en médecine certifie avoir examiné l'enfant, et, atteste :

Examen clinique normal : Oui Non (à préciser)

Contre-indication médicale à la vie en collectivité : Non Oui (à préciser)

Contre-indication médicale à la pratique :

***Sports collectifs** (Football, Basket, Hand- ball, Volley ,Rugby) : Non Oui (à préciser)

***Sports individuels** (Athlétisme, Gymnastique, Jeux de raquettes, tir à l'arc, VTT, course d'orientation, golf) : Non Oui (à préciser)

***Equitation** : Non Oui (à préciser)

***Escalade et via ferrata** : Non Oui (à préciser)

***Sports mécaniques** (moto-cross, quad, karting) : Non Oui (à préciser)

***Natation** : Non Oui (à préciser)

***Voile, planche à voile, dériveur, canoë** : Non Oui (à préciser)

***Sports de combat** (boxe, judo, karaté, lutte...) : Non Oui (à préciser)

***Sports de neige** (ski, surf, raquettes, luge, patinage) : Non Oui (à préciser)

Signature et cachet du médecin obligatoires :

Je soussigné(e) _____ RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT, autorise le responsable du groupe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature du Représentant légal :