

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ECOLE DES SPORTS DE MEYREUIL

Septembre 2025-août 2026
(A remplir par le médecin traitant)

I/ ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin Taille ____ Poids ____

II/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE ☐ Oui ☐ Non	VARICELLE ☐ Oui ☐ Non	ANGINE ☐ Oui ☐ Non	SCARLATINE ☐ Oui ☐ Non
COQUELUCHE ☐ Oui ☐ Non	OTITE ☐ Oui ☐ Non	ROUGEOLE ☐ Oui ☐ Non	OREILLONS ☐ Oui ☐ Non

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

III/ VACCINATIONS (se référer au carnet 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, hockey, rugby, football américain, baseball) :
Sports individuels (athlétisme, gymnastique, jeux de raquettes, tir à l'arc, vtt, bmx, course d'orientation, golf) :
Escalade, via ferrata, spéléologie, rafting, canyoning :
Sports de combat (boxe, judo, karaté, lutte...) :
Equitation :
Sports mécaniques (moto-cross, trial, quad, karting) :
Hip-Hop, jeux de cirque:
Natation, voile, kayak, surf, paddle, planche à voile, sauvetage en mer, rafting, sport eaux vives, char à voile
Laser-game, paintball
Sports de neige (ski, surf, snow-blade, raquettes, luge, patinage) :

☐ Non ☐ Oui (à préciser)
☐ Non ☐ Oui (à préciser)
☐ Non ☐ Oui (à préciser)
☐ Non ☐ Oui (à préciser)
☐ Non ☐ Oui (à préciser)
☐ Non ☐ Oui (à préciser)
☐ Non ☐ Oui (à préciser)
☐ Non ☐ Oui (à préciser)
☐ Non ☐ Oui (à préciser)
☐ 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 :