

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ECOLE DES SPORTS DE MEYREUIL

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

// ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

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

// RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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 **cahier de santé** ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

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

IIII/ ALLERGIES : Oui Non

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

IVI 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) : | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à préciser) |
| Sports individuels (athlétisme, gymnastique, jeux de raquettes, tir à l'arc, vtt, bmx, course d'orientation, golf) : | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à préciser) |
| Escalade, via ferrata, spéléologie, rafting, canyoning : | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à préciser) |
| Sports de combat (boxe, judo, karaté, lutte...) : | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à préciser) |
| Equitation : | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à préciser) |
| Sports mécaniques (moto-cross, trial, quad, karting) : | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à préciser) |
| Hip-Hop, jeux de cirque: | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à préciser) |
| Natation, voile, kayak, surf, paddle, planche à voile, sauvetage en mer, rafting, sport eaux vives, char à voile | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à préciser) |
| Laser-game, paintball | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à préciser) |
| Sports de neige (ski, surf, snow-blade, raquettes, luge, patinage) : | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 :