



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*Les Déjantés du Massif d'Uchaux*

Saison 2019-2020

Cette fiche est conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourraient être utiles pendant la présence de votre enfant au club, pendant les entraînements, sorties et séjours.

**A compléter et fournir obligatoirement avant la première séance avec le certificat médical**

**ENFANT** Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....

Garçon

Fille

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) **photocopies non acceptées**

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Derniers rappels	Vaccins obligatoires	Oui	Non	Derniers rappels
Diphtérie				BCG			
Tétanos				<i>Vaccins recommandés</i>			<i>Dates</i>
Poliomyélite				<i>Hépatite B</i>			
ou DT Polio				<i>Rubéole Oreillons Rougeole</i>			
ou Tétracoq				<i>Coqueluche</i>			
ou Pentacoq				<i>Autres (préciser)</i>			

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**  
**Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**L'enfant suit-il un traitement médical ?** oui non S'il doit le prendre durant un séjour, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (emballage d'origine et notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Rubéole	oui		non		Coqueluche	oui		non	
Varicelle	oui		non		Otite	oui		non	
Angine	oui		non		Rougeole	oui		non	
Rhumatisme articulaire aigu	oui		non		Oreillons	oui		non	
Scarlatine	oui		non		Autre (précisez) :				

**L'enfant souffre-t-il de :**

					Traitement actuel	Traitement d'urgence
Enurésie	oui		non			
Tétanie	oui		non			
Asthme	oui		non			
Hémophilie	oui		non			
Epilepsie	oui		non			
Diabète	oui		non			
Autre (précisez)						

## L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

					Laquelle ?	Traitement d'urgence (si automédication le signaler)
Alimentaire	oui		non			
Médicamenteuse	oui		non			
Pollen	oui		non			
Abeille, Guêpe...	oui		non			
Autre						

## L'enfant souffre-t-il d'intolérance :

	Lesquelles
Aux aliments	
Aux médicaments	

Indiquez ici les **difficultés de santé de l'enfant**, maladie récurrente, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :** (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez)

.....  
.....

## MEDECIN TRAITANT :

Docteur : ..... Exerçant à : .....  
Téléphone : ..... Portable : .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je, soussigné (e) (1) :

Nom : ..... Prénom : .....

Père – Mère de l'enfant (2) (3) : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....@.....

Déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant durant l'année.

J'autorise le club L.D.M.U. à utiliser les données personnelles recueillies à fin de gestion (administrative, sportive, médicale...) de ses membres. Aucun autre usage ne pourra en être fait et j'aurai accès, sur simple demande, à ces données.

Fait à : ..... le : ...../...../.....

Signature :

(1) Nom et Prénom du père, de la mère ou du tuteur légal.

(2) Barrer la mention inutile

(3) Nom et prénom de l'enfant inscrit au club