



Fiche de liaison 2020/2021

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la saison sportive.

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

1 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la saison sportive ? 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.

1a - A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

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

.....
.....

1b - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant).

VACCINS	OUI	NON	DATE DERNIER RAPPEL
DT POLIO ou TETRACOQ			
BCG			
HEPATITE B			
Rougeole – Oreillons - Rubéole			
AUTRES			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (BCG/DTP) joindre un certificat médical de contre-indication : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

Si vous souhaitez nous transmettre des informations confidentielles, vous pouvez si vous le souhaitez nous remettre une enveloppe fermée à l'attention du médecin. Ce pli sera conservé par le responsable d'équipe de votre enfant.

2 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ

.....

3 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

MERE / PERE : NOM..... PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

MÉDECIN TRAITANT :

ADRESSE.....

TÉL.:

N° sécurité sociale de l'enfant :

Nom de la Mutuelle :

N° adhérent :

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

Date :

Signature :