FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

VACCINATION Tétanos : oui non
(*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*).

TRAITEMENTS EN COURS

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si prise nécessaire durant l'activité, 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.

ALLERGIES :

ASTHME oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non
AUTRES oui non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR
(si automédication le signaler)

Personnes à contacter en cas de nécessité :

	Nom et prénom	Tél. domicile	Tél. travail	Tél. portable
PERE				
MERE				
Autre personne à contacter				

NOM et TÉL. du MÉDECIN TRAITANT : ……

Je soussigné, …….responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du club à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :
Signature :