



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.



Enfant :	<input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Adresse mail :			
Association sportive représentée :			
Collège représenté :			
NOM DE L'EQUIPE :			
Equipiers :	1)	2)	3)

Accueil : Raid Aventure du 20 au 26 avril 2020
Mairie de Châtellerauld
78 bd Blossac CS 10619 – 86106 Châtellerauld

I – Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>
B.C.G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>

joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Scarlatine		Coqueluche	
<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"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Otite		Rougeole		Oreillons		Rhumatisme articulaire aigu			
<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		

Allergies médicamenteuses :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

IV - Responsable légal de l'enfant

Nom Prénom

Adresse pendant le séjour

Tél. domicile Travail Portable

Nom médecin traitant Téléphone

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche

et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :