



# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant le licencié.

**Enfant :**     fille     garçon    Date de naissance : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Groupe de gym : .....

Adresse : .....

.....

N° de Sécurité Sociale : .....

Médecin traitant : ..... Tél : .....

## **Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres ( <i>préciser</i> )			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

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.

## **Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ?     oui     non

Si oui, lequel ? .....

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     oui     non    Laquelle : .....

Alimentaires     oui     non    Laquelle : .....

Autres     oui     non    Laquelle : .....

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

.....

.....

## **Pathologies :**

Indiquer les difficultés de santé (asthme, diabète, épilepsie ...) en précisant les précautions à prendre.

.....

.....

## **Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... , ainsi que la conduite à tenir.

.....

.....

## **Responsables légaux de l'enfant :**

	Nom - Prénom	Tél. Fixe	Tél. Portable
Père			
Mère			

## **Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Lien avec le licencié	Nom - Prénom	Tél. Fixe	Tél. Portable

Je soussigné, ....., **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'association 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 :

.....