



## 1 – ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

ANNEE : 2018 - 2019

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

En cas de traitement médical aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui non	oui non	oui non	oui non	

**ALLERGIES :** ASTHME      oui      non  
ALIMENTAIRES    oui      non

MÉDICAMENTEUSES      oui      non  
AUTRES .....

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

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....  
.....

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....

---

**5 – RESPONSABLES DE L'ENFANT**

**Parent 1 / Profession :**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....  
.....  
.....

PORTABLE : ..... BUREAU : ..... **E mail** :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

**Parent 2 / Profession :**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....  
.....  
.....

PORTABLE : ..... BUREAU : ..... **E mail** :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

**JE CERTIFIE AUTORISER LES PERSONNES SUIVANTES A VENIR CHERCHER MON ENFANT EN MON ABSENCE (SAUF MINEUR) :**

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**6 – DROIT A L IMAGE**

Je soussigné(e) ..... autorise le Bordeaux Etudiants Club à photographier, à filmer mon enfant dans le cadre des activités proposées. Ces supports pourront être utilisés sur nos outils de communication (Plaquettes, affiches, flyers, site internet et facebook).

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

Date :

Signature :

---