

**1 - ENFANT****FICHE SANITAIRE DE LIAISON****2021-2022**

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE..... Sexe : F / H

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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

VILLE

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 :
