

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**VACANCES SPORTIVES 2022, COMPLEXE HAUT-LIVRAC (avenue Saint-Exupéry)**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**1 - ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ GARCON  FILLE

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

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diptérie				Hépatite B (Infanrix Hexa)			
Tétanos				R.O.R. (MMR Vax Pro)			
Poliomyélite				Coqueluche			
<b>Ou</b> D.T. P. (Revaxis)				Méningocoque C			
<b>Ou</b> DTP Coqueluche				Pneumocoque (Prévenar)			
<b>Ou</b> DTP Coqueluche Haemophilus influenzae b (Infanrix Hexa/Quinta)				Haemophilus influenzae b			
<b>Ou</b> DTP Coqueluche Haemophilus influenzae b Hépatite B				B.C.G. (Recommandé)			

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication*

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les vacances sportives ? OUI  NON

Si **oui** 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.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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 <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :** ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES : .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler) : .....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les **DATES** et les **PRECAUTIONS A PRENDRE**

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

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc... Précisez :

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

**5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE (pendant le séjour) .....

TEL. FIXE ET PORTABLE : .....

**NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :** .....

.....

*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 nécessaire par l'état de l'enfant.*

***Par ailleurs, je certifie que mon enfant n'est soumis à aucune contre-indication pour les pratiques sportives.***

Date : ..... Signature :

-----

**ASSURANCE** : le participant est couvert en responsabilité civile par l'assurance obligatoire prévue dans la Loi sur le Sport de 1984 contractée par l'Office du Sport de Pessac (**L'ASSURANCE PRENDRA EFFET DES LE DEBUT DES ACTIVITES**). Vous êtes libre de prendre toute assurance complémentaire que vous jugerez nécessaire auprès de l'assurance de votre choix.