

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

VACANCES SPORTIVES 2023, 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			
Ou D.T. P. (Revaxis)				Méningocoque C			
Ou DTP Coqueluche				Pneumocoque (Prévenar)			
Ou DTP Coqueluche Haemophilus influenzae b (Infanrix Hexa/Quinta)				Haemophilus influenzae b			
Ou 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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.