

Club de Canoë-Kayak de Sucé-sur-Erdre

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*Fiche établie à partir du CERFA n°10008*02 du Ministère de la Jeunesse et des Sports.*

1- ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant au sein du club ou lors des stages et sorties ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS OBLIGATOIRES		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la saison ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE : oui non

VARICELLE : oui non

ANGINE : oui non

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ : oui non

SCARLATINE : oui non

COQUELUCHE : oui non

OTITE : oui non

ROUGEOLE : oui non

OREILLONS : oui non

ALLERGIES :

ASTHME : oui non
MÉDICAMENTEUSES : oui non

ALIMENTAIRES : 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 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone 1 (père) :

Téléphone 2 (mère) :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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

Date :

Signature :