

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom

Prénom

Date de naissance :

Sexe : M - F

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Angine	Rubéole	Varicelle	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	non

Vaccinations :

L'enfant est à jour dans toutes les vaccinations obligatoires.

Allergies :

Asthme	Alimentaires	Médicamenteuses	Cutanées	Autres
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non	non

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

.....
.....

Indiquez les difficultés de santé de votre enfant (opération, hospitalisation, accident, crises convulsives, énurésie, etc.)

.....
.....

Responsable de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Profession du père :

Profession de la mère :

Tél. fixe : Port. père : Port. mère :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Autre personne à contacter en cas d'urgence + tél. :

Je soussigné(e),

responsable de l'enfant

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

Date :

Signature du responsable légal :