

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1- LE JEUNE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Garçon :       Fille :

## 2- RESPONSABLE DU JEUNE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse: .....

Tél : ..... Portable : .....

Tél. prof Père : ..... Tél prof Mère : .....

## 3- MEDECIN TRAITANT

Nom : .....

Adresse: .....

Tél : .....

## 4- VACCINATION

### JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical du médecin traitant.

## 5- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Le jeune suit il un traitement médical régulier?

OUI     NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

## ALLERGIES

Asthmes :

OUI  NON

Médicamenteux :

OUI  NON

Alimentaires :

OUI  NON

Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

DIFFICULTÉS DE SANTÉ ( maladie, accident, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

**6- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (Port de lunettes, lentilles, prothèse auditives, autres) précisez :

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

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le tuteur du jeune à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état du jeune.

**Date :**

**Signature :**

