



FOOTBALL CLUB PONTCHARRA-SAINT-LOUP

Complexe sportif Roger-Marduel
ZI du Moulin
69490 Vindry-sur-Turdine

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

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

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 le séjour ? 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				VARICELLE				ANGINE				RHUMATISME ARTICULAIRE				SCARLATINE			
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON	
COQUELUCHE				OTITE				ROUGEOLE				OREILLONS							
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON					

ALLERGIES : Asthme oui non Médicamenteuses oui non Alimentaire 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... ?

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____

Adresse (pendant le séjour) : _____

Tél. 1 : _____ Tél. 2 : _____

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) : _____

6 - AUTORISATION PARENTALE

	OUI	NON
Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le Centre de Loisirs du FCPSL et à être transporté dans les véhicules mis à la disposition des activités.		
Attestes sur l'honneur que mon enfant sait nager et peut participer aux activités aquatiques.		
Autorise le Centre de Loisir du FCPSL à utiliser les photos de mon enfant prise pendant les activités, pour utilisation lors de la communication de l'association.		
Autorise mon enfant à partir seul (depuis le complexe sportif ou depuis le lieu de ramassage) lorsque la journée est terminée.		

Je soussigné(e) _____ 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 nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

**FICHE SANITAIRE À TRANSMETTRE
AU DEBUT DU STAGE.**

**Merci d'apporter cette fiche sanitaire de
liaison dûment remplie ainsi que le règlement
lors du 1er jour de stage de votre enfant.**