FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Prénom NOM	
Date de Naissance (Age)	
N° SECU	
Nom de la Mutuelle	
N° adhérent	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- NOM et TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT :

……

- Vaccins :

Type	Vaccin	Dates dernier rappel
OBLIGATOIRE	Diphtérie Tétanos Poliomyélite	
CONSEILLES	Hépatite B	
	Rubéole Oreillons Rougeole (ROR)	
	BCG	
	Autres (précisez)	

Si la gymnaste n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

- La gymnaste a-t-elle eu les maladies suivantes ?

☐ Scarlatine	☐ Rubéole	☐ Varicelle
☐ Rougeole	☐ Oreillons	☐ Coqueluche
☐ Otite	☐ Angines	☐ Rhumatismes

Allergies

Si votre enfant souffre d'allergies, merci de nous préciser le type d'allergie et la conduite à tenir afin de l'accueillir dans les meilleures conditions :

Médicamenteuse Si oui, précisez	☐ OUI ☐ NON …… ……
Alimentaire Si oui, précisez	☐ OUI ☐ NON …… ……
Autre Si oui, précisez	☐ OUI ☐ NON …… ……

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Traitement à suivre

La gymnaste suit elle un traitement médical :

☐ OUI ☐ NON

Si oui, au départ du séjour, joindre la photocopie de l'ordonnance en cours de validité des médicaments prescrits, marqués au nom de l'enfant et dans leurs emballages d'origine avec la notice. Remettre le tout à la responsable médicale du séjour (Camille PAILLARGUE).

Aucun traitement ne sera donné sans ordonnance.

Précautions à prendre

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation, etc) en précisant les précautions à prendre

……

……

Régime alimentaire

Merci de préciser si votre enfant suit un régime alimentaire particulier

……

……

DATE :

Signature(s) du (des) responsable(s) légal(aux) précédée de la mention « lu et approuvé » :