

# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

### ANNÉE 2020-2021

NOM : .....	Prénom : .....
Date de Naissance : .....	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le CAB Handball.  
Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

#### 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE S
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole - Oreillons - Rougeole	
<b>OU</b> DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
<b>OU</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION A LA VIE EN COLLECTIVITÉ. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

#### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

• Suit-il un traitement médical au quotidien ? OUI       NON

• Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? OUI       NON

Si oui, joindre une copie, et le cas échéant, les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE ET UNI-QUEMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU CENTRE.**

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

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RÉGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT	
NORMAL	<input type="checkbox"/>
SANS PORC	<input type="checkbox"/>
VÉGÉTARIEN	<input type="checkbox"/>

• Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs**, et la **conduite à tenir (si automédication, le signaler) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Information concernant le régime alimentaire de l'enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale (information sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? OUI  NON

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Coqueluche	Rhumatisme aigu
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	Otite	Rougeole	Scarlatine	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

	OUI	NON
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurésie nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• \_Autres informations que vous jugez utile de transmettre à l'équipe :

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

**4. RESPONSABLE DU MINEUR**

NOM ..... Prénom .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL..... TEL PORTABLE.....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date .....

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

CAB Handball Complexe Delphin Loche  
 Impasse Delphin Loche  
 33130 BEGLES  
[secretariat@cab-handball.fr](mailto:secretariat@cab-handball.fr)  
 05 56 85 71 64

