

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom & Prénom : _____

GARÇON

Date de Naissance : _____

FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

N° S.S. + Caisse et Ville :

Médecin traitant - Nom et Téléphone :

VACCINATIONS

Vaccins	Date du dernier rappel	Vaccins	Date du dernier rappel

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 ?

RUBEOLE VARICELLE ANGINE

OUI NON OUI NON OUI NON

OTITE

ROUGEOLE

OREILLONS

OUI NON OUI NON OUI NON

SCARLATINE

COQUELUCHE

RHUMATISME

OUI NON OUI NON

ARTICULAIRE AIGÛ

OUI NON ALLERGIES : ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES.....

PRÉCISEZ L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

si automédication le signaler

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Nom et téléphone des personnes à contacter si les parents ne sont pas joignables :.....
.....

ATTESTATIONS SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à le

Signature :

SI VOUS NE FOURNISSEZ PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant,

certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou limiter la pratique d'activité physique à mon enfant.

J'atteste que mon enfant n'a pas subi récemment d'opération médicale et/ou chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fait pas l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques.

J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à son état de santé actuel.

Je m'engage à signaler au responsable de Cirque en Scène toute modification de l'état de santé de mon enfant, susceptible d'infirmier cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Fait à le

Signature :