

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - Enfant

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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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 :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - Adulte

Nom & Prénom : _____

HOMME

Date de Naissance : _____

FEMME

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 :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Avez-vous un **traitement médical** ? OUI NON

Si oui, infos importantes :

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 en cas de besoin :

.....
.....

ATTESTATIONS SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à le Signature :

SI VOUS NE FOURNISSEZ PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou limiter ma pratique d'activité physique.

J'atteste ne pas avoir subi récemment d'opération médicale et/ou chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fais 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 mon état de santé actuel.

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

Pour servir et valoir ce que de droit,

Fait à le Signature :