

Fiche sanitaire de liaison

I- LE JEUNE

Nom : Prénom :
Date de Naissance :

2- RESPONSABLE DU JEUNE

Nom : Prénom :
Adresse:
Tél: Portable :
Tél.profPère: Tél.profMère:

3- MEDECIN TRAITANT

Nom :
Adresse:
Tél :

4- VACCINATION

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical du médecin traitant.

5- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Le jeune suit-il un traitement médical régulier?

OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

ALLERGIES

Asthmes :

OUI NON

Médicamenteux :

OUI NON

Alimentaires :

OUI NON

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

6- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, autres) précisez :

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

COVID

- Port du masque obligatoire

Je soussigné....., exerçant l'autorité parentale dené(e) le
..... atteste sur l'honneur que (nom de l'enfant)..... ne présente aucun
symptôme lié au COVID 19.

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le tuteur du jeune à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date :

Signature :