

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

Nom :	Prénom :
--------------	-----------------

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

VACCINS OBLIGATOIRES – Date du dernier vaccin fait			
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)			
VACCINS RECOMMANDÉS – Date(s) des derniers vaccins faits			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*		BCG	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Haemophilus*		Influenza b*	
Méningocoque C*		Pneumocoque*	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

*Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Lequel ?

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTOLÉRANCE OU ALLERGIES SUIVANTES :

- ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
- MÉDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? ☐ Oui ☐ Non

Mettre en place un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé), si besoin sur les lieux d'accueil de l'enfant.

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

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Asthme ☐ Oui ☐ Non
Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRÉNOM :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SÉCURITÉ SOCIALE (dont dépend l'enfant) : (OBLIGATOIRE)

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) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL

FICHE D'AUTORISATIONS

• **AUTORISATION DE SORTIE**

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame
autorise mon enfant, à participer aux activités
proposées ci-dessous :

Activités	OUI	NON
Activités physiques hors activités tennis		
Baignade en rivière, piscine, mer		
Sortie en ville		

Toutes les activités seront encadrées par les enseignants responsables.
J'autorise tous les encadrants responsables à véhiculer mon enfant.

A....., le **Signature** précédée de la mention « **lu et approuvé** »

.....

• **AUTORISATION DE PUBLICATION**

A l'occasion de sorties ou des activités sportives, il se peut que mon enfant soit
photographié à des fins d'informations et de communication auprès des familles au
du Tennis Club de St Cyr, je donne autorisation pour ces prises de photos.

A....., le **Signature** précédée de la mention « **lu et approuvé** »

.....