



VILLE DE MENTON
Éducation-Jeunesse version 1 – 15/01/2017

FICHE SANITAIRE DE LIAISON et CERTIFICAT MEDICAL

1 – ENFANT

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE
Taille : Poids : Pointure :
Classe :
Etablissement :

Année :

Objet de l'inscription : Ski Niveau Ski : débutant moyen confirmé
 PASS'VACANCES

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES ACTIVITES DE L'ENFANT ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

Nom et numéro du Médecin traitant :

Y a-t-il des antécédents médicaux à signaler ? **Oui** **non**

Si oui lesquels :

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ 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"/>	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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES

Existe-t-il un « Projet d'accueil individualisé » (PAI) ? oui non

Joindre le PAI qui précisera la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES , LENTILLES , DES PROTHÈSES AUDITIVES , DES PROTHÈSES DENTAIRES , pour tous autres recommandations, merci de le précisez ci-dessous :

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

Pour les plus petits, L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non occasionnellement
S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

Evènements familiaux récents qui pourraient avoir des conséquences sur le comportement de l'enfant (angoisse, pleurs, isolement...) :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Père..... PRÉNOM

NOM Mère..... PRÉNOM

NOM Autre responsable légal :..... PRÉNOM

ADRESSE du responsable légale pendant les activités :

.....
.....

Numéros de téléphone :

Mère : domicile :..... portable : :..... travail : :.....

Père : domicile : :..... portable : :..... travail : :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), :.....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable de l'action à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : :.....

Date :

Signature :

6 - CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur

Certifie, après examen, que l'état de santé de l'enfant :

Ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique :

d'activités physiques et sportives

d'activités aquatiques et subaquatiques

d'activités ski

Date :

Tampon et signature du praticien