MINISTERE DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT ANNÉE 2019-2020

NOM :	**Prénom :** .....
Date de Naissance :	**Garçon** ☐ **Fille** ☐

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	☐	☐		Coqueluche	
Tétanos	☐	☐		Hépatite B	
Poliomyélite	☐	☐		Rubèole - Oreillons - Rougeole	
OU DT Polio	☐	☐		BCG	
OU Tétracoq	☐	☐		Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA VIE EN COLLECTIVITÉ. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

• Suit-il un traitement médical au quotidien? **OUI** ☐ **NON** ☐

• Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? **OUI** ☐ **NON** ☐

Si oui, joindre une copie, et le cas échéant, les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE ET UNIQUEMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU CENTRE.**

• L'enfant a t-il déjà eu les allergies suivantes :

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme	☐	☐
Alimentaires	☐	☐
Médicamenteuses	☐	☐
Autres (Précisez)	☐	☐

REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT	
NORMAL	☐
SANS PORC	☐
VÉGÉTARIEN	☐

• Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs,** et la **conduite à tenir (si automédication, le signaler) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Information concernant le régime alimentaire de l'enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale** (information sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter ? OUI** ☐ **NON** ☐

.....

.....

.....

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Coqueluche		Rhumatisme articulaire aigü	
OUI ☐	**NON** ☐	**OUI** ☐	**NON** ☐	**OUI** ☐	**NON** ☐	**OUI** ☐	**NON** ☐	**OUI** ☐	**NON** ☐
Oreillons		Otite		Rougeole		Scarlatine			
OUI ☐	**NON** ☐	**OUI** ☐	**NON** ☐	**OUI** ☐	**NON** ☐	**OUI** ☐	**NON** ☐		

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

	OUI	NON
Port de lunettes	☐	☐
Appareils dentaires	☐	☐
Appareils auditifs	☐	☐
Enurésie nocturne	☐	☐

• Autres informations que vous jugez utile de transmettre à l'équipe :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM ..... Prénom .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL..... TEL PORTABLE.....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT .....

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

Date ..... SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

Ligue Centre-Val de Loire de Handball
108 allée Georges Charpak, 45770 Saran
Tel : 02 38 53 89 29
Mail : 5400000.com@ffhandball.net