

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2021

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par la Ligue de Voile Nouvelle-Aquitaine.

NOM : Prénom : date de naissance :

- **Vaccinations** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	Oui	Non			Oui	Non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				Autres (préciser)			
Ou Tétracoq							
B.C.G.							

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

- **Votre enfant suit-il un traitement médical ?** Oui Non
Si oui, préciser :
- **Votre enfant est-il asthmatique ?** Non Oui

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- **Recommandation utiles des parents :**

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

- **Enfants porteurs de handicap ou de troubles du comportement**

Si votre enfant est porteur d'un handicap ou trouble du comportement, il est souhaitable de prendre rendez-vous pour définir des modalités d'accueil et l'intégrer au mieux à ce stage.

- **Responsable du mineur :**

NOM : Prénom : Téléphone :

Nom et téléphone du médecin traitant :

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention).

Date et signature du responsable de l'enfant