**FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L’ENFANT 2024**

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** | **Oui** | **Non** | **Dernier rappel** | **Vaccins recommandés** | **Oui** | **Non** | **Date** |
| 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** |
|  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |
|  |  |  |  |  |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** |
|  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui 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 échant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention).

**Date et signature du responsable de l’enfant**