

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 – 2026

DOCUMENT CONFIDENTIEL

1. L'ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

GENRE : Féminin ☐ Masculin ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations de l'enfant, tout en évitant de vous démunir de son carnet de santé

Stage CRE Beach M15/M17 – Ligue Auvergne Rhône-Alpes de Volley

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Vous pouvez nous joindre une photocopie des vaccins.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE	VACCINS RECOMMANDÉS * Les enfants né(e)s à partir de 2018 sont soumis à onze (11) vaccins obligatoires et non plus trois (3)	DATES
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B *	
Tétanos	☐	☐		Rubéole-Oreillons-Rougeole *	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche *	
Autres:				Méningocoque C *	
				Pneumocoque *	
				Méningite Hib *	

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

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

- L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐
- L'enfant a-t-il un PAI ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME	MÉDICAMENTEUSE	ALIMENTAIRE	AUTRES (précisez)
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

Précisez les causes des allergies et la conduite à tenir : _____

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, Accident, Crise Convulsive, Hospitalisation, Opération, Rééducation), **en précisant les dates et les précautions à prendre** :

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES REGIMES ALIMENTAIRES, en précisant les précautions à prendre :

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL : des Lentilles, des Lunettes, des Prothèses Auditives, des Prothèses Dentaires, etc... **PRÉCISEZ** :

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ COMMUNE : _____

Tél. Portable : ____/____/____/____/____ Tél. Fix : ____/____/____/____/____

Nom du médecin traitant (*facultatif*) _____ Tél. : ____/____/____/____/____

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fais-le : ____/____/____

A : _____

Signature :