

# Fiche Sanitaire de liaison

## 1 - Le participant

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE

La présente fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant l'évènement. Elle évite de vous munir de votre carnet de santé. Elle sera détruite à la fin du week-end.

## 2 - Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui non                  |                          | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
|                      |                          |                          |                            |                            |       |
| Diphtérie            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Autres (préciser)          |       |
| Ou Tétracoq          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                            |       |
| BCG                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                            |       |

SI LE PARTICIPANT 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 le participant

Le participant suit-il un traitement médical pendant le week-end pré-synode ? 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)

**A titre indicatif** : LE PARTICIPANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|                                                                                |                                                                               |                                                                              |                                                                                                 |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RUBÉOLE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    | <b>VARICELLE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>ANGINE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   | <b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>SCARLATINE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>COQUELUCHE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>OTITE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non     | <b>ROUGEOLE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>OREILLONS</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                   |                                                                                |

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

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

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (*maladie, accident, crises convulsives,*

*hospitalisation, opération, rééducation...*)

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

## **4 - Responsable du participant**

NOM Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Mobile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Email : ..... @ .....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) .....

.....

***Je, soussigné ....., responsable légal du participant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du participant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.***

Date :

Signature :