

## FICHE DE LIAISON SANITAIRE 2016-2017



### NOM / PRENOM :

Les informations suivantes ne font l'objet d'aucun traitement informatique. Elles sont conservées sous scellés au centre nautique d'Erstein et sont recueillies afin de faire, éventuellement, face à une situation d'urgence qui surviendrait pendant l'activité de votre enfant et de lui permettre la meilleure prise en charge possible.

<p style="text-align: center;"><b><u>Vaccins</u></b></p> <p>date du dernier rappel (cf carnet de santé)</p> <p>diphtérie ..... tétanos ..... poliomyélite ..... ou DT polio ..... ou Tétracoq ..... BCG ..... Hépatite B ..... Coqueluche ..... Autres (précisez) .....</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Allergies</u></b></p> <p>Asthme                      oui      non Alimentaires              oui      non Médicaments              oui      non Autres ..... Si OUI, suivez-vous un traitement médical ? lequel ? ..... ..... .....</p>
---	---

<p style="text-align: center;"><b>L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?</b></p> <p>Rubéole                      oui      non Varicelle                      oui      non Angine                      oui      non Rhumatisme articulaire aigu    oui      non Scarlatine                      oui      non Coqueluche                      oui      non Otite                      oui      non Rougeole                      oui      non Oreillons                      oui      non</p>	<p>Indiquez ci-après les difficultés de santé éventuelles en précisant les précautions ou toute recommandation utile (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, appareil dentaire...)</p>
--	---

<p>Je soussigné, (NOM, Prénom) : .....</p> <p>Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.</p> <p>Date et signature :</p>
--

<p style="text-align: center;"><b>Médecin traitant</b></p> <p>NOM :</p> <p>VILLE :</p> <p>TEL.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Personnes de l'entourage familial à contacter en cas d'urgence :</b></p> <p>1. NOM – Prénom :                      TEL :</p> <p>2. NOM – Prénom :                      TEL</p> <p>3. NOM – Prénom :                      TEL.</p>
--	---