FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*(cette fiche vous sera rendue à la fin du stage avec les observations éventuelles, si vous le désirez)*

**ENFANT**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

**RESPONSABLE DE L’ENFANT**

Nom et Prénom :

Adresse complète:

Téléphone :

Portable :

Nom et tél du médecin traitant :

N° sécurité sociale :

□ J’autorise le responsable à prendre toutes les dispositions qu’il jugerait utiles en cas d’accident ou de malaise survenu à mon enfant. Je demande à être prévenu dans les plus brefs délais. Les frais de transport ou d’hospitalisation de mon enfant seront à ma charge.

**VACCINATIONS LEGALES**

ס Attestation médicale de mise à jour des vaccinations légales ou copie du carnet de vaccinations.

ס Attestation d’aptitude à la pratique du football pour les non licencié(e)s.

**TRAITEMENT MEDICAL**

L’enfant suit-il un traitement médical ? ס oui ס non

si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d’origine marqués au nom de l’enfant avec la notice et la posologie.

**ALLERGIES EVENTUELLES**

Asthme ס oui ס non Médicamenteuses ס oui ס non

Alimentaires ס oui ס non Autres ס oui ס non

Précisez la cause de l‘allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

**RECOMMANDATIONS UTILES**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, … . Précisez :

Fait le :

A :

Signature :