

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(pour les candidats mineurs à l'entrée en formation)

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LA FORMATION DE VOTRE ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

- ☐ GARÇON
☐ FILLE

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
OU DT polio	☐	☐		Autres : (à préciser)	
OU Tétracoq	☐	☐			
BCG	☐	☐			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la formation ?

- ☐ 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)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

ALLERGIES :

ASTHMES : OUI / NON

MEDICAMENTEUSES : OUI / NON

ALIMENTAIRES : OUI / NON

AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET 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 :

PRENOM :

ADRESSE :

N° DE TELEPHONE :

MERE : domicile:

portable:

travail:

PERE : domicile:

portable:

travail:

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Les informations recueillies dans la présente fiche sont destinées exclusivement à assurer la sécurité du mineur dans le cadre des activités de formation organisées par l'ERFAN Provence Alpes Côte d'Azur.

Ces données sont traitées de manière confidentielle et conservées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la réglementation en vigueur.

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la formation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. De plus, j'autorise mon enfant à prendre le mode de transport mis en place par les organisateurs (transports en commun, minibus, véhicule personnel).

Date :

Signature :