



PARTIE POUR LE SUMMER CAMP	PARTIE POUR LE SUMMER CAMP
SEMAINE	
PENSION COMPLETE OU DEMI	
RAP	

Fiche de liaison sanitaire

La FAC du basket-ball
Association loi 1901
34 rue Antoine Bourdelle 87000 Limoges

■ Désignation

La FAC du basket-ball est un organisme de formation professionnelle spécialisé dans le domaine du sport et plus particulièrement du basket-ball qui organise différents stages. Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendu à la fin du séjour. Nous ne conservons ses informations que jusqu'à la fin du stage.

■ Prénom et Nom du stagiaire

PRENOM :

NOM :

■ Vaccinations

Vaccinations Obligatoires	OUI	NON	Date dernier rappel	Vaccinations recommandées	Date
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT Polio			Autres (Précisez)		
Ou Tétracop					
BCG					

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

■ **Renseignements médicaux concernant votre enfant**

Votre enfant suivra-t-il y traitement médical pendant le séjour ?

OUI

NON

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente aux médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de votre enfant). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Maladie	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Angine		
Rhumatisme articulaire aigüe		
Scarlatine		
Coqueluche		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		

Votre enfant a-t-il les allergies suivantes ?

Allergie	OUI	NON	A préciser
Asthme			
Alimentaires			
Médicamenteuses			

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler)

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

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (Maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation....) ? (Précisez les dates)

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

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires.... ?
Précisez s'il vous plait.

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

Votre enfant présente-t-il des préférences alimentaires ?

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

■ Personne à appeler en cas d'urgence

Prénom :
Nom :
Téléphone 1 :
Téléphone 2 :
Téléphone 3 :

■ Médecin traitant

Nom :
Tel :

Je soussignéresponsable légal
de....., déclare exacts les renseignements
portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention....) rendues nécessaires par l'état de
votre enfant.

Fait à
Le .../.../.....

Prénom et Nom du stagiaire
.....

Prénom et nom du tuteur légal
si le stagiaire est mineur
.....

Signature

Signature