

Fiche sanitaire de liaison**OSONS / ROD FOOT CAMP**nom : date de naissance : prénom : médecin traitant : n° de téléphone : **VACCINATION**

| obligatoires | oui | non | recommandées | oui | non |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| diphtérie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hépatite B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ROR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| poliomyélite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ou DT polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BCG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ou Tétracoq | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | méningite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

en l'absence de vaccins obligatoires, cochez la case suivante

 je reconnais que mon enfant n'est pas immunisé par le(s) vaccin(s) obligatoire(s)
et je fournis une copie du certificat médical de contre-indication.
MALADIES INFANTILES

| | oui | non |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rubéoles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rougeole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oreillons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| autres (préciser) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALLERGIES

| | oui | non | si oui, préciser |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| médicamenteuses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| alimentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| asthmes - respiratoires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

APPAREILLAGE

| | oui | non |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| lunettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| lentilles de contact | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| prothèses auditives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| prothèses dentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | oui | non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Votre enfant bénéficie-t-il d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre enfant sait-il nager ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autres recommandations utiles :

Je soussigné,
responsable légale de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du ROD FOOT CAMP à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait le :

Signature :

Attention : aucun médicament ne sera administré à votre enfant. Si votre enfant nécessite un traitement particulier, contacter le pôle PAI : 04 66 70 80 44