

**COMITE REGIONAL D'ESCRIME DE BRETAGNE  
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

NOM :	PRENOM :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le CREB.

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION.  
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Suit-il un traitement médical ?  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 ALLERGIES SUIVANTES :**

- ⇒ ASTHME
- ⇒ ALIMENTAIRE :
- ⇒ MEDICAMENTEUSES
- ⇒ AUTRES (animaux, plantes, pollen...)

Si oui, Précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

.....  
.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?  OUI  NON

.....  
.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....  
.....

**4 – RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM : ..... PRENOM : .....  
 TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : ..... TEL PORTABLE : .....  
 NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....  
 N° DE SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant).....  
 N° DE SECURITE SOCIALE (si l'enfant à + de 16 ans).....

**ACCOMPAGNE D'UNE ATTESTATION (disponible sur AMELI) OBLIGATOIRE**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL