



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME  
**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux utiles pendant le séjour ou l'accueil de l'enfant. Elle sera détruite en fin de séjour ou d'accueil. En cas de problèmes médicaux identifiés après l'établissement de cette fiche, le représentant légal devra en informer le responsable et établir une nouvelle fiche. Celle-ci peut être valable pour un séjour identifié pour un ensemble d'actions organisées par une structure

**I . ENFANT**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....  GARÇON   FILLE

**II . VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant, **pas de photocopies du carnet**). Précisez s'il s'agit :

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Du DT polio	.....	.....
Du Dt coq	.....	.....
Du Tétracoq	.....	.....
D'une prise polio Rappels	.....	.....
ROR 1er vaccin	.....	.....
ROR rappel	.....	.....

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POUR DES RAISONS MÉDICALES, PRÉCISER LA NATURE :  
 .....  
 .....

**III . RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

1. L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ROUGEOLE		OREILLONS	
oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

2. VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ASTHME ?

oui  non  Si oui précisez les circonstances des crises et le traitement (joindre ordonnance)

.....  
 .....

3. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL DE PATHOLOGIE CHRONIQUE OU AIGUË EN COURS ?

oui  non  Si oui précisez la / les pathologie(s) (joindre ordonnance)

.....  
 .....

4. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL D'ALLERGIE ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez la / les allergie(s) (joindre ordonnance)

ALIMENTAIRE :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature : .....

MÉDICAMENTEUSE :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature : .....

LIÉE À L'ENVIRONNEMENT :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature : .....

5. VOTRE ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT QUI N'EST PAS EN RAPPORT AVEC LES POINTS 2-3-4 CI-DESSUS ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez la nature de celui-ci (joindre ordonnance)

6. VOTRE ENFANT A-T-IL DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX OU TOUTES AUTRES INFORMATIONS QUI AURAIENT DES RÉPERCUSSIONS SUR LE DÉROULEMENT DU SÉJOUR OU DE L'ACTIVITÉ ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez lesquels ?

**RAPPEL** SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE CORRESPONDANTE AUX MÉDICAMENTS.

**IV . REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT À CONTACTER**

NOM : ..... PRÉNOMS : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE TÉL :                    FIXE : [ ..... ]                    PORTABLE : [ ..... ]

Je soussigné, représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : .....                    Vaut signature : .....

**PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SÉJOUR : .....

Cachet de l'Organisme (siège social)

.....

.....

ARRIVÉE LE : .....

DÉPART LE : .....

SAISON SPORTIVE

Cochez la case "Saison sportive" dans le cadre de l'activité annuelle du club

--