**ECOLE MUNICIPALE DE SPORT**



**ANNEE 2022-2023**

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**Nom de l’enfant :**

**Prénom :**

**Sexe :**  **Féminin**  **Masculin**

**Date de naissance :**

**1-VACCINATIONS/MALADIES (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

**En application du décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, je certifie que mon enfant est à jour des vaccins :**

**Vaccins : L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **OUI** | **NON** | **Dates des**  **derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |  | RUBEOLE  OUI  NON | VARICELLE  OUI  NON | ANGINE  OUI  NON | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU  OUI  NON | SCARLATINE  OUI  NON |
| **Diphtérie** |  |  |  | **Hépatite B** |  | COQUELUCHE  OUI  NON | OTITE  OUI  NON | ROUGEOLE  OUI  NON | OREILLONS  OUI  NON | AUTRES |
| **Tétanos** |  |  |  | **Rubéole Oreillons Rougeole** |  |
| **Poliomyélite** |  |  |  | **Coqueluche** |  |
| **Ou DT Polio** |  |  |  | **BCG** |  |
| **Ou Tetracoq** |  |  |  | **Autres (préciser)** |  |

**Si le mineur n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication**

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

**L’enfant suit-il un traitement médical ?**  Oui\*  Non

\*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants au responsable de la structure (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 déjà eu les allergies suivantes :**

Alimentaires  Médicamenteuses  Autres (animaux, pollen, plantes, asthme…)

Précisez la cause de l’allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir :

**Remettre le certificat médical ou le PAI au service des sports, le cas échéant l’enfant ne pourra être accueilli à l’EMS.**

**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 A CONTACTER EN CAS D’URGENCE**

NOM :       PRENOM :

TEL :

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m’engage à les réactualiser si nécessaire Lardy, le

**A envoyer par mail à :** [**sport@ville-lardy.fr**](mailto:sport@ville-lardy.fr) **avec la fiche d’inscription**

**Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique destiné à la facturation du service. Conformément à la loi « informatique libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service sport de la ville de Lardy. Les données sont conservées et archivées pour une durée de 2 ans avant destruction.**