

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles aux animateurs et aux médecins sur le participant à une formation BAFA-BAFD de la Ligue de l'enseignement de Normandie.

NOM du Participant : **Prénom :**

Date de Naissance :

Garçon

Fille

NOM prénom du Responsable (pour les mineurs):.....

Adresse complète :.....

Téléphone Fixe (et portable) du domicile, du travail :.....

Médecin Traitant (NOM, Ville et Téléphone) :.....

Mutuelle : **N° Mutuelle :**

Si CMU, photocopie de la carte vitale et de l'attestation CMU où le stagiaire apparaît.

VACCINATIONS :

- Fournir la photocopie du **Carnet de Vaccination**.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR LE PARTICIPANT :

Le participant suit-il un traitement médical : OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)

Le Participant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Cochez les maladies concernées) :

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Oreillons | |

ALLERGIES

Asthme oui non | Alimentaire oui non | Médicamenteuse oui non | Autres :.....

CAUSE DE L'ALLERGIE ET CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) :

.....
.....

Autorisez-vous le maquillage sur le stagiaire dans le cadre des activités ? oui non

DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, Accident, Crises, Opérations, Rééducation,) en précisant dates et précautions à prendre :

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES :(Lunettes, Lentilles, Prothèse dentaires,...précisez)

.....
.....

Type de repas : Sans porc Végétarien Autres (précisez) :.....

Je soussigné..... responsable légal du stagiaire, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état du stagiaire.

Date : **Signature :**