NORMANDIE
la ligue de l'enseignement
un avenir par l'éducation populaire

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) :
□ Rubéole □ Varicelle □ Angine □ Rhumatisme □ Scarlatine
□ Coqueluche □ Otite □ Rougeole □ 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 :**