

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

KARATE CLUB PONTOIS (Pont Sainte Maxence 60700)



Nom : Prénom :

Date naissance :

Sexe : *Garçon* ou *Fille*

Si l'enfant n'est pas vacciné

Pourquoi :
.....

Renseignements médicaux : L'enfant a-t-il eu :

| | oui | non | | oui | non |
|-------------|-----|-----|------------|-----|-----|
| Rubéole | | | Coqueluche | | |
| Varicelle | | | Otites | | |
| Angines | | | Asthme | | |
| Rhumatismes | | | Rougeole | | |
| Scarlatine | | | Oreillons | | |

Indiquez ici les autres difficultés de santé de l'enfant:

| | Oui (préciser) | Non | | Oui (préciser) | Non |
|-------------|----------------|-----|---------------------------------|----------------|-----|
| Accident(s) | | | Crises convulsives | | |
| Maladie(s) | | | Hospitalisation(s) | | |
| Allergie(s) | | | Opération(s) chirurgicale(s) | | |

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical (encrer la bonne réponse)? **oui ou non**

Si oui, lequel ? :

Nom et prénom parent ou représentant légal :

Adresse :

Numéro de téléphone du représentant légal :

Nom du médecin traitant : **Téléphone**:

Date et signature du parent ou représentant légale