

STAGE GYM'PULSE 2026



COMITÉ
DÉPARTEMENTAL
HAUT RHIN

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom - Prénom :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement pendant sa présence au stage?

OUI

NON

Si OUI, prière de remettre tous les médicaments à l'équipe d'encadrement dès l'arrivée de votre enfant avec l'ordonnance médicale et accompagnée d'une autorisation parentale d'administration du traitement.
(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.

A titre indicatif l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?
entourer la réponse

Rubéole	OUI	NON	Varicelle	OUI	NON	Angine	OUI	NON
Rhumatisme Articulaire aigu	OUI	NON	Scarlatine	OUI	NON	Coqueluche	OUI	NON
Otite	OUI	NON	Rougeole	OUI	NON	Oreillons	OUI	NON

ALLERGIES

Asthme	OUI	NON
Médicaments: si oui, précisez:	OUI	NON
Aliments si oui, précisez:	OUI	NON
Autres si oui, précisez:	OUI	NON

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Port de lunettes	OUI	NON	Port de lentilles	OUI	NON
Port de prothèses auditives	OUI	NON	Port d'appareil dentaire	OUI	NON

Autres recommandations

Si PAI, Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

VACCINATIONS

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie Tétanos Poliomyélite				Coqueluche Haemophilus Poliomyélite Rubéole-Oreillons-Rougeole Hépatite B Pneumocoque BCG Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Nom et Téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Signature : _____