



<h2 style="text-align: center;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2> <h3 style="text-align: center; color: #0070C0;">2026</h3> <p style="text-align: center;">Association Stages Sportifs Alsace Stages Basket Alsace – Août 2026</p>	<p style="text-align: center;"><b>1 – ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la participation au Stages Basket Alsace de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite après le stage de votre enfant, soit au plus tard au 17 août 2026.*

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les activités?    oui     non

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**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 maladies suivantes ?**

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**Allergies** : **ASTHME** oui  non     **ALIMENTAIRES** oui  non     **MÉDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si l'allergie ou la maladie chronique ne concerne pas le temps de cantine ou périscolaire, ne rien inscrire.**

**Indiquez ci-après :**

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

---

---

**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

#### 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

#### 5 - PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le représentant légal)

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	N° DE TÉLÉPHONE
			Fixe : Portable :
			Fixe : Portable :
			Fixe : Portable :

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité sur site à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le (la) directeur(trice) des activités périscolaires à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :