

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- STAGIAIRE :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

DATES ET LIEU DU STAGE :

24 octobre 2022 - 28 octobre 2022
LE BASKET CENTER - 180 Avenue de Colmar - STRASBOURG 67100

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le stage.

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du stagiaire).

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				COVID-19	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI LE STAGIAIRE 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 LE STAGIAIRE

Le stagiaire suit-il un **traitement médical** pendant le stage ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du stagiaire avec la notice**)

LE STAGIAIRE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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 ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES

LE STAGIAIRE PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DU STAGIAIRE (pour les mineurs)

NOM.....

PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE STAGE)

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (Facultatif)

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

Date : Signature :