

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON – FORMATION BAFA

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles ; elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.  
Merci de **nous signaler en temps utile les modifications** concernant l'enfant.

<b>NOM</b> : .....	PHOTO
(en lettres capitales)	
<b>PRENOM</b> : .....	
(en lettres capitales)	
<b>DATE DE NAISSANCE</b> : ..... GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	
POIDS (kg) : .....	
N° de sécurité sociale : ..... GROUPE SANGUIN : .....	

**FORMATION BAFA**  Générale  Approfondissement - du  au

## 1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si vous n'avez pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Merci de nous **signaler tout traitement médical, en joignant une ordonnance récente et les médicaments correspondants.**

### • Avez-vous eu les maladies suivantes :

	oui	non		oui	non		oui	non
Rubéole			Otite			Rhumatisme articulaire aigü		
Coqueluche			Angine			Oreillons		
Varicelle			Rougeole			Scarlatine		

### • Avez-vous des allergies :

	oui	non	Précisez la cause de l'allergie, la conduite à tenir et si automédication
Respiratoires			
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres			

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

### 3 - RECOMMANDATIONS UTILES

Portez-vous des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez):

### PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE (pendant la formation).....

CODE POSTAL.....VILLE.....

TEL. Domicile : .....Port .....

Autre : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

**Date :**

**Signature :**

*(Si Stagiaire BAFA mineur, signature des parents en plus)*