 **FICHE SANITAIRE ANNUELLE**

**1er juillet 2021 au 30 juin 2022**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COORDONNEES DE L’ENFANT** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | NOM |  | | | Prénom |  | | | Date de naissance | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Adresse | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Club | | |  | | | | N° Licence | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 🕾 (mère) | |  | | | 🖁 (mère) | | | |  | |  |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 🕾 (père) |  | 🖁 (père) |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 🕾 (travail - mère) | | |  | | | **@.mail** |  | | | | |  |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 🕾 (travail - père) |  | **@.mail** |  |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | N° sécurité sociale |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Nom du médecin traitant |  | | 🕾 | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | |
|  | Adresse |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
|  | Personne à prévenir en cas d'urgence | |  | | 🕾 |  | | |  |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINATIONS** *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant)* | | | | | |
| **Vaccins Obligatoires** | **Oui** | **Non** | **Dates des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Rougeole |  |
| Ou DT polio |  |  |  | Coqueluche |  |
| Ou Tétracoq |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| BCG |  |  |  |  |  |
| Si l’enfant n’est pas à jours dans ses vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| L’enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? | | | | | OUI | | |  | NON | | |  | | |  | |
| Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages 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 | | * Coqueluche | | * Varicelle | | * Otite | | | | | * Rhumatisme articulaire aigu | | | | | |
| * Oreillons | | * Rougeole | | * Scarlatine | | * Angine | | | | |
| L’enfant a-t-il des allergies ? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Asthme | * Alimentaires | | | * Médicamenteuses | | | * Autre | | | (préciser) | | |  | | |  |
| Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir *(si automédication le signaler)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTORISATION MEDICALE** | | | | | |
|  | J'autorise le Directeur du stage à prendre, à l'égard de mon enfant, toutes les | | | | |
|  | dispositions médicales utiles en cas d'accident et à le faire hospitaliser si nécessaire. | | | | |
|  | | | | | |
|  | | Date |  | Signature |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | | | | | |

**Sauf modifications (Adresse, téléphone, santé, etc...),**

**cette fiche sanitaire est valable pour la saison 2020 / 2021.**

**Lu et approuvé,**

Date : Signature des parents :