 **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 :