

FICHE SANITAIRE ANNUELLE



1^{er} juillet 2023 au 30 juin 2024

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 x 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 ?

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Coqueluche | Varicelle | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Rhumatisme
articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Angine | |

L'enfant a-t-il des allergies ?

- | | | | | |
|--------|---------------------------------------|--|---|----------------------|
| Asthme | <input type="checkbox"/> Alimentaires | <input type="checkbox"/> Médicame
nteuses | <input type="checkbox"/> Au
tre (préciser) | <input type="text"/> |
|--------|---------------------------------------|--|---|----------------------|

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 2023 / 2024.**

Lu et approuvé,

Date :

Signature des parents :