



# FICHE SANITAIRE

## JOURNEE SPORTS INDOOR

### 2019

**Nom** :..... **Prénom** : .....

Date de naissance :..... Sexe :  Garçon  Fille

**1. Enfant**  
 N° téléphone : / / / /  
 Adresse :.....  
 .....

**Nom** :..... **Prénom** :.....

**2. Parents**  
 N° téléphone fixe : / / / /  
 N° téléphone portable : / / / /

**3. Médecin traitant**

Nom :..... Prénom :.....  
 N° téléphone : / / / /

**4. Vaccinations (se referez au carnet de santé ou au certificat de vaccination)**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite			coqueluche		
<b>Ou</b> DT polio			Autres (préciser)		
<b>Ou</b> Tétra coq					
BCG					

## 5. Renseignements médicaux concernant l'enfant

**L'enfant suit-il un traitement médical ?** Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**L'enfant a-t-il des allergies ?**

		Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir
ASTHME	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
ALIMENTAIRE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
MEDICAMENTEUSE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
AUTRES	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**Recommandations particulières : votre enfant porte-t-il ?**

Des lunettes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Des lentilles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Des prothèses dentaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Des prothèses auditives	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres (Précisez)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> .....

INDIQUEZ CI-APRES :

1. Votre enfant a-t-il des interdictions particulières en matière d'activités physiques et sportives :

.....  
 .....

2. votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
 .....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date :** ..... **Signature :** .....



# FICHE SANITAIRE

## JOURNEE SPORTS INDOOR

### 2019

**Nom** :..... **Prénom** : .....

Date de naissance :..... Sexe :  Garçon  Fille

**1. Enfant**  
N° téléphone : / / / /

Adresse :.....  
.....

**Nom** :..... **Prénom** :.....

**2. Parents**  
N° téléphone fixe : / / / /  
N° téléphone portable : / / / /

### **3. Médecin traitant**

Nom :..... Prénom :.....

N° téléphone : / / / /

### **4. Vaccinations (se referez au carnet de santé ou au certificat de vaccination)**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite			coqueluche		
<b>Ou</b> DT polio			Autres (préciser)		
<b>Ou</b> Tétra coq					
BCG					

## 5. Renseignements médicaux concernant l'enfant

**L'enfant suit-il un traitement médical ?** Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**L'enfant a-t-il des allergies ?**

		Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir
ASTHME	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
ALIMENTAIRE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
MEDICAMENTEUSE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
AUTRES	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**Recommandations particulières : votre enfant porte-t-il ?**

Des lunettes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Des lentilles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Des prothèses dentaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Des prothèses auditives	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres (Précisez)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> .....

INDIQUEZ CI-APRES :

1. Votre enfant a-t-il des interdictions particulières en matière d'activités physiques et sportives :

.....  
.....

2. votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date :** ..... **Signature :** .....