



FICHE SANITAIRE

Stage foot et multisports / Journée Sports

1 - Enfant

| | |
|----------------|--|
| Nom | |
| Prénom | |
| Date naissance | |
| Sexe | <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille |
| N° Téléphone | |
| Adresse | |

2 - Parents

| | |
|-----------------|--|
| Nom | |
| Prénom | |
| N° Tél fixe | |
| N° Tél portable | |
| Adresse | |

3 - Médecin Traitant

| | |
|--------------|--|
| Nom | |
| Prénom | |
| N° Téléphone | |

4 - Vaccinations se réferez 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 | | |
| Ou DT polio | | | Covid 19 | | |
| Ou Tétra coq | | | Autres (préciser) | | |
| 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'activité physiques et sportives :

.....
.....

2.votre enfants 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.

Fait à

Le ____/____/ 20____

Signature des parents :