



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CNJ / DTN • février 2020

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux utiles pendant le séjour sportif ou l'accueil de l'enfant au sein du club. Elle sera détruite en fin de séjour ou d'accueil. En cas de problèmes médicaux identifiés après l'établissement de cette fiche, le représentant légal devra en informer le responsable et établir une nouvelle fiche. Celle-ci peut être valable pour un séjour identifié pour un ensemble d'actions organisées par une structure fédérale.

I . ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

II . VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant, **pas de photocopies du carnet**).
Précisez s'il s'agit :

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Du DT polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Du Dt coq	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Du Tétracoq	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D'une prise polio Rappels	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ROR 1er vaccin	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ROR rappel	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POUR DES RAISONS MÉDICALES, PRÉCISER LA NATURE :

III . RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

1. L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ROUGEOLE		OREILLONS					
oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>

2. VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ASTHME ?

oui non

Si oui précisez les circonstances des crises et le traitement (joindre ordonnance)

3. VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL DE PATHOLOGIE CHRONIQUE OU AIGÜE EN COURS ?

oui non

Si oui précisez la / les pathologie(s) (joindre ordonnance)

4. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL D'ALLERGIE ?

oui non

Si oui précisez la / les allergie(s) (joindre ordonnance)

ALIMENTAIRE :

oui non

Nature :

MÉDICAMENTEUSE :

oui non

Nature :

LIÉE À L'ENVIRONNEMENT :

oui non

Nature :

5. VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT QUI N'EST PAS EN RAPPORT AVEC LES POINTS 2-3-4 CI-DESSUS ?

oui non

Si oui précisez la nature de celui-ci (joindre ordonnance)

6. VOTRE ENFANT A-T-IL DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX OU TOUTES AUTRES INFORMATIONS QUI AURAIENT DES RÉPERCUSSIONS SUR LE DÉROULEMENT DU SÉJOUR OU DE L'ACTIVITÉ ?

oui non

Si oui précisez lesquels ?

RAPPEL SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE CORRESPONDANTE AUX MÉDICAMENTS.

IV . REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT À CONTACTER

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE TÉL : FIXE : PORTABLE :

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

DATE : Vaut pour signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

CENTRE DES FONTAINES - EU (76)

Cachet de l'Organisme (siège social)

Maison régionale des sports 59650 Villeneuve d'Ascq

ARRIVÉE LE : 03/11/20

DÉPART LE : 07/11/20

SAISON SPORTIVE

Cochez la case "Saison sportive" dans le cadre de l'activité annuelle du club



COMITÉ
RÉGIONAL
HAUTS-
DE-FRANCE

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME



Région
Hauts-de-France