



## FICHE SANITAIRE Année 202....

A remplir pour tous les mineurs.  
Cette fiche devra être mise sous enveloppe fermée puis rendue ou détruite en fin de saison.

### 1 – LICENCIE(E)

Nom : ..... Prénom .....  
Date de naissance : ...../...../.....  Garçon  Fille Numéro de licence : .....

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pour la personne licenciée en cas de nécessité. Cette fiche est confidentielle à l'usage des secours, du corps médical, de l'assistant sanitaire et/ou de tout responsable de catégorie devant remettre les informations et situation d'urgence médicale.

→ La famille peut, par ailleurs, si elle le désire, remettre à son **responsable de catégorie** une fiche remplie avec les informations jugées utiles à sa connaissance. (Notamment : allergies, recommandations des parents...etc)

### 2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination du jeune)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra Coq					
BCG					

Si la personne licenciée n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE OU LA LICENCIE(E)

Suit-il/elle un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (en cas de déplacement, boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du licencié avec la notice + ordonnance à jour) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A-t-il/elle déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE 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"/>	RHUMATISME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE 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"/>	

Est-il/elle suivi pour d'autres maladies ? Si oui, lesquelles ?

.....  
.....  
.....



**ALLERGIES :**

MÉDICAMENTEUSES  
ALIMENTAIRES

Oui  Non  
 Oui  Non

AUTRES.....

Avec ASTHME

Oui  Non

A-t-il/elle de la VENTOLINE ? si oui, où ? .....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

Les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, rééducations, opérations, TDA(H), DYS etc ) en précisant les dates et **les précautions à prendre.**

NATURE	DATES

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**Parent 1 :**

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE.....

Téléphone fixe et portable : .....BUREAU .....  
Courriel : .....

**Parent 2 :**

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE.....

Téléphone fixe et portable : .....BUREAU .....  
Courriel : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT du licencié .....

Je soussigné(e) .....responsable 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :