



FICHE SANITAIRE

Après-midi multisports

Du 15 au 19 Février 2021

NOM :	PRENOM :
-------	----------

1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre **une ordonnance** récente et **les médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....

.....

2 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant :

.....

.....

3 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

TEL DOMICILE TEL PORTABLE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé au cours des activités (Cette autorisation donne droit au club d'utiliser les photographies pour la communication de l'activité (facebook, presse, ...)).

J'autorise le responsable de l'activité à prendre les transports en commun avec mon enfant dans le cadre du stage.

DATE ET SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

Date :

Signature :