


- NOM Joueur.....
- Prénom Joueur.....
- Date de Naissance...../...../.....
- Numéro de licence.....

• Garçon       Filles       Poids      Taille

• N° de sécurité sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Nom du Médecin traitant : .....
-  .....

**Vaccinations**

*Se référer au carnet de santé de l'enfant, ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.*

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.*

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

- L'enfant est-il énurétique?      Oui       Non
- L'enfant est-il asthmatique?      Oui       Non
- L'enfant suit-il un traitement?      Oui       Non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

- L'enfant a-t-il des allergies alimentaires      Oui       Non
- L'enfant a-t-il des allergies médicamenteuses      Oui       Non

Si oui, précisez les conduites à tenir:  
 .....  
 .....

➤ Recommandations des parents (signaler si automédication) :

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

➤ L'enfant a-t'il 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 articulaire aigu | 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"/> |

➤ Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

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

➤ Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc... )

.....  
.....

---

Nom et prénom du responsable.....

Adresse.....  
.....

Téléphone fixe :.....Téléphone portable :.....

Je soussigné(e) .....responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à transmettre aux Responsables du Club SObad 85 tout changement de situation médicale et tout traitement en cours avant le stage. J'autorise les dirigeants du club et les animateurs du stage à effectuer tout déplacement nécessaire pour le bien de (Nom, Prénom).....

J'autorise également le médecin prenant en charge mon enfant (Nom, Prénom) ..... à faire pratiquer toutes les interventions médicales ou chirurgicales ainsi que l'anesthésie générale, si nécessaire.

A .....le .....

Lu et Approuvé

Signature