



Fiche individuelle de renseignements

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

NUMERO DE TELEPHONE FIXE :

PORT :

EMAIL (important pour recevoir les informations – attention au point, tirait...) :

CLUB :

NUMERO DE LICENCE :

Autorisation d'utiliser l'image de votre fils lors de photos ou vidéos réalisées lors des stages pour
le site Internet : exercices-de-foot-eps29.fr
Signature :

MON ENFANT EST AUTORISE A RENTRER SEUL APRES LE STAGE : oui / non
(*raier la mention inutile*)

, Si oui QUELLES PERSONNES SONT AUTORISEES A VENIR LE CHERCHER :



DECHARGE DE RESPONSABILITE PARENTALE AUX RESPONSABLES, APRES LA
FIN DU STAGE .
(*Apposer la signature*)

FICHE SANITAIRE A REMPLIR ci-dessous !



CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE STAGE DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au Carnet de santé ou aux Certificats de vaccinations de l'Enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser ci-dessous)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT 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 L'ENFANT

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL PENDANT LE STAGE ? 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 par l'Enfant sans ordonnance.

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"/>	

ALLERGIES : ASTHME Oui Non ALIMENTAIRES Oui Non
MÉDICAMENTEUSES Oui Non AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler) :

.....

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION), EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC., PRÉCISEZ :

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE STAGE) :

.....
.....

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE :

Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

.....

Je soussigné(e),, Responsable légal de l'Enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Responsable du stage à prendre, le cas échéant, outre mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'Enfant ; j'autorise également, si nécessaire, le Responsable du Stage à faire sortir mon Enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date : / /

SIGNATURE

--