



FICHE SANITAIRE

1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fille : Garçon :

COMITE MONT BLANC
SKI CLUB LES HOUCHES

Catégorie :

Numéro de licence :

Assurance personnelle :

N° de police d'assurance :

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)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication ;

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements importants en cas de déplacements en courses ou stages

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance récente

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

RUBEOLE : OUI NON

VARICELLE : OUI NON

ANGINE : OUI NON

SCARLATINE : OUI NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ : OUI NON

COQUELUCHE : OUI NON

OTITE : OUI NON

ROUGEOLE : OUI NON

OREILLONS : OUI NON

ALLERGIES :

ASTHME : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

AUTRES : OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et de la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez ci-après les difficultés de santé et les précautions à prendre :
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

.....PRENOM :

Adresse :

Tél. fixe et portable domicile : Bureau :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e),, responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :