



BOULAZAC BASKET DORDOGNE association
SECTEUR AMATEUR



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

Cette fiche sanitaire a pour objectif de garantir la meilleure prise en charge de votre enfant et ne sera communiquée qu'au responsable de l'équipe pour transmission à un service médical en cas de besoin. **Le club s'engage à la plus stricte confidentialité** sur toutes les informations communiquées ci-dessous.

La remise de cette fiche sanitaire n'est en aucun cas obligatoire, mais fortement recommandée dans l'intérêt de l'enfant. Il est à noter qu'en cas de non-remise de cette fiche sanitaire ou d'informations erronées ou manquantes, la responsabilité du club ne saurait en aucun cas être engagée.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer ou photocopier au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

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					

GYMNASSE AGORA - 24750 BOULAZAC-ISLE-MANOIRE - WWW.BOULAZACBASKETASSO.FR



2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Si oui joindre une **ordonnance** récente en cas de déplacement non accompagné par les parents.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A TITRE INDICATIF L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI NON	SCARLATINE 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

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI NON
DES LUNETTES : OUI NON
DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI NON
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI NON

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ

Je soussigné(e),

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe dirigeante du club à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à
le