

BASKET CAMP MUZOLAIS

FIGHE SANITAIRE

IDENTITÉ

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : __ / __ / 20__ Sexe : M / F

Régime alimentaire : Standard Sans porc Sans viande PAI

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 : Père / Mère / Autre (précisez) :

NOM : Prénom :

☎ __ / __ / __ / __ / __ ☎

Responsable légal 2 : Père / Mère / Autre (précisez) :

NOM : Prénom :

☎ __ / __ / __ / __ / __ ☎

CONTACTS AUTORISÉS

Pouvant venir récupérer l'enfant

NOM : Prénom : Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

NOM : Prénom : Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

A prévenir en cas d'urgence si absence des parents

NOM : Prénom : Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

FIGHE SANITAIRE

INFORMATIONS MEDICALES

➔ VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DE RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
ou DT Polio		BCG	
ou Tétracoq		Autres (précisez)	

➔ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant :

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

L'enfant porte t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires ? Non Oui Si oui, précisez :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : Coqueluche Oreillons
 Rougeole Rubéole Scarlatine Varicelle

L'enfant a-t-il fréquemment : Angine Otite Rhumatisme Asthme

Allergies : Non Oui Si oui, précisez :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Non Oui

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)

FIGHE SANITAIRE

➡ AUTORISATIONS

En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires : Non Oui

Transporter mon enfant par les moyens de transports du club (voitures, minibus) et/ou les transports en commun afin de pratiquer toute activité organisée : Non Oui

À utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de notre structure : Non Oui

Je soussigné(e), , responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Basket Camp Muzolais à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Et de ce fait valide le règlement intérieur du camp.

Date :

Signature :