

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Merci de remplir scrupuleusement cette fiche qui est à remettre lors de l'inscription de l'enfant. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au directeur du camp et le cas échéant, aux services médicaux.

Cadre à remplir par directeur du camp	
Association	Pays Voironnais Basket Club
Camp du	au
Lieu	Gymnase Chautard 38500 Voiron
directeur	Pierre GAFFORINI
Téléphone	07/71/00/93/05

Identité de l'enfant		
Nom	_____	
Prénom	_____	
Né(e) le	/ /	
à	_____	
Sexe	G	F

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT			
Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	Ville	_____
<i>Coordonnées téléphoniques du père</i>		<i>Coordonnées téléphoniques de la mère</i>	
Domicile	/ / / /	Domicile	/ / / /
Mobile	/ / / /	Mobile	/ / / /
Travail	/ / / /	Travail	/ / / /
<i>Autres numéros pouvant être joint en cas d'urgence (noms et numéros)</i>			
_____		/ / / /	
_____		/ / / /	
_____		/ / / /	
_____		/ / / /	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT			
L'enfant suit-il un traitement médical		oui	non
<i>Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants</i>			
Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance			
L'enfant a-t-il des allergies			
	Asthme	oui	non
	Alimentaire	oui	non
	Médicaments	oui	non

Autres oui non

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants

ETAT DES VACCINATIONS

vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers	vaccins recommandés	OUI	NON
Diptérie				Hépathite B		
Tétanos				Rubéoles		
Poliomyélite				Coqueluche		
BCG				Autres (préciser)		

ETAT DES MALADIES ENFANTINES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

MALADIE	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Oreillons		
Otite		
Angine		

MALADIE	OUI	NON
Coqueluche		
Rougeole		
Scarlatine		
Rhumatisme		

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé en indiquant les dates ainsi que les précautions à prendre

Votre enfant a-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux,...)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Docteur : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le directeur du camp à
prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature :