



Fiche Médicale BADMINTON CLUB D'ANTIBES
Saison 2017/2018

Je, soussigné(e) Monsieur ou Madame. Agissant en qualité de (PERE – MERE – TUTEUR) de l'enfant

Autorise le responsable de l'activité (entraînement, stage, compétition, déplacement) mandatée par le Club de Badminton d'ANTIBES (*Dirigeant, Entraîneur, Accompagnateur*), à donner en mon nom, lieu et place toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

1 - ENFANT NOM : _____ PRENOM : _____
SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : _____

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 notamment injection de Sérum) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 sans ordonnance.

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

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| RUBEOLE 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 MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES 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, ETC...
PRÉCISEZ

N° police d'assurance et compagnie :

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE :

N° de Sécurité Sociale de l'enfant :

TÉL. FIXE ET PORTABLE

* PERE DOMICILE : _____ BUREAU : ..
* MERE (si différent) DOMICILE : _____ BUREAU : _____
* Autre personne DOMICILE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

Nota : Si votre enfant possède une carte de groupe sanguin, il serait souhaitable qu'il la porte sur lui lors des déplacements (stages, compétition, ...) organisés par le Club.

Je soussigné(e),
renseignements portés sur cette fiche.

Date :

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les

Signature :