|  |  |
| --- | --- |
|  | **Fiche Médicale BADMINTON CLUB ANTIBES****Saison 2023/2024** |

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

Autorise le responsable de l’activité (entraînement, stage, compétition, déplacement) mandatée par le Badminton Club 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 GARCON [ ]  [ ]  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 DESDERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES  |
| Diphtérie  |  |  |  | Hépatite B  |  |
| Tétanos  |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole  |  |
| Poliomyélite  |  |  |  | Coqueluche  |  |
| Ou DT polio  |  |  |  | Autres (préciser notamment injection de Sérum)  |  |
| Ou Tétracoq  |  |  |  | Méningite C |  |
| 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLEOUI [ ]  NON [ ]  | VARICELLEOUI [ ]  NON [ ]  | ANGINEOUI [ ]  NON [ ]  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUOUI [ ]  NON [ ]  | SCARLATINEOUI [ ]  NON [ ]  |
| COQUELUCHEOUI [ ]  NON [ ]   | OTITEOUI [ ]  NON [ ]  | ROUGEOLEOUI [ ]  NON [ ]  | OREILLONSOUI [ ]  NON [ ]  |  |

**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 : 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 B.C.Antibes.

*Je soussigné(e),*   *responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.*

Date :       Signature :