

STAGESCRIME

Du 24 au 28 août 2015

Nom..... •

Prénom.....

Age..... ans

**CETTE FICHE MEDICALE DOIT ETRE REMPLIE PAR UN MEDECIN
ET RETOURNEE EN MEME TEMPS QUE L'INSCRIPTION A
Nicolas CORUBLE le fond de varenne 76880 MARTIGNY**

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e) Docteur.....

certifie que Melle, M.....

ne présente aucun danger de contamination, est médicalement apte à la vie en collectivité et à la pratique de
TOUS les sports suivants :

Escrime Natation Kayak Catamaran VTT Course à Pied

Fait à.....le.....Signature et cachet (obligatoires) du médecin

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX A REMPLIR PAR LES PARENTS

En l'absence de ce document, votre enfant ne pourra pas être accueilli.

Je, soussigné(e).....

Nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale

Adresse.....

Code postal..... Ville..... Pays.....

N° sécurité sociale..... Tel domicile..... Tel bureau..... Mail.....

Autorise les responsables du stage d'escrime à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux, après consultation d'un praticien, au mineur:

Nom.....Prénom.....

Né(e) le.....à.....Sexe.....

Personnes à prévenir en mon absence

Nom.....Prénom.....Lien de parenté.....

Adresse.....

Code postal..... Ville..... Pays.....

Tel domicile.....Tel professionnel.....

Fax.....

Je m'engage à rembourser à l'organisateur l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Votre enfant est-il sujet à des allergies. Si oui, lesquelles : (médicaments, aliments ...)

.....

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique ? Suit-il un traitement, si oui, lequel : (+ JOINDRE ORDONNANCE) :

Fait à.....le.....Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTHÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	RAPPELS		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
				__ / __ / __
				__ / __ / __
				__ / __ / __
				__ / __ / __
				__ / __ / __

ANTITUBERCULEU SE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1er VACCIN	__ / __ / __		__ / __ / __		__ / __ / __
REVACCINATION	__ / __ / __	1er RAPPEL	__ / __ / __		__ / __ / __

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POURQUOI ? _____

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		__ / __ / __
		__ / __ / __

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>				

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

_____ / ____ / ____

_____ / ____ / ____

_____ / ____ / ____

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE DINDREL L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

SIL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE SS _____ N° DE TÉL. _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE ____/____/____

DÉPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)
PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

01.64 66 30 00