



# FICHE SANITAIRE

à renvoyer  
avec le dossier

## FICHE INDIVIDUELLE DE STAGE (à retourner avec la fiche d'inscription)

Nom, prénom .....

Date et lieu de naissance .....

Adresse complète .....

Parents : Tél. personnel ..... Tél. travail .....

N° de Sécurité Sociale ..... N° de Mutuelle .....

*[CMU : joindre obligatoirement une copie d'attestation]*

Photo  
du stagiaire  
à coller ici

## AUTORISATION PARENTALE :

Sécurité Sociale : Nom, prénom de l'assuré : .....

Numéro d'immatriculation : ..... Adresse de la caisse : .....

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, autorise mon fils à participer à toutes les activités par BRETAGNE FOOTBALL VACANCES à Châteaulin. En outre, autorise le Directeur du CENTRE BRETAGNE FOOTBALL VACANCES à faire soigner mon enfant, à l'hospitaliser et à faire pratiquer les interventions chirurgicales en cas de nécessité.

Fait à .....

Le .....

Signature *(précédée de la mention « Lu et approuvé »)*

## 1. VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  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 :

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Otite	Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Oreillons
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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** :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, de lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? Précisez :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom, prénom .....

Adresse (pendant le séjour) .....

.....

Tél. fixe (et portable), domicile : ..... Tél travail .....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) .....

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.*

*Date : ..... Signature*

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES**

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances :

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....