



AQUASPORTS ST CYPRIEN

BP N°30 66750 Saint Cyprien

Site Internet www.aquasports-saintcyprien.com



Ecole de natation
Perfectionnement adulte
Perfectionnement ados
Compétition

Ecole de Triathlon
Initiation triathlon loisir adultes
Compétition triathlon adultes
Section triathlon féminine

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET ANNEXE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DANS LE CADRE DES ACTIVITES DU CLUB (entraînements, compétitions, déplacements) POUR DES SITUATIONS D'URGENCE

-Le responsable de l'encadrement s'assure du respect de la confidentialité des informations médicales mentionnées.

-Dans le cas de l'utilisation de médicaments ceux si seront remis au responsable de l'encadrement et seront restitués aux responsables légaux du mineur à l'issue la période d'encadrement.

-Le responsable légal sera informé de tout événement de santé survenu pendant la période d'encadrement.

Nom	Prénom	Date de naissance	groupe sanguin

RESPONSABLE (S) DE L'ENFANT A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1 /Nom	Prénom	tel fixe	tel portable	tel bureau
2 /Nom	Prénom	tel fixe	tel portable	tel bureau
3 /Nom	Prénom	tel fixe	tel portable	tel bureau

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
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

Renseignements Médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical particulier? OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente correspondante indiquant éventuellement les contres indications

L'enfant à t-il de l'asthme ? OUI NON

Si oui préciser la conduite à tenir

L'enfant à t-il une (des) allergie (s)

Si oui préciser laquelle, les précautions et la conduite à tenir

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, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES AUTRES ...PRÉCISEZ.

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

Date :

Signature :