

FICHE SANITAIRE

CAMP D'ÉTÉ COMITÉ 11-66

Du 22 Août au 27 Août 2021

PARTIE 1/2



INFORMATIONS JOUEURS(S)

NOM : _____ Prénom : _____

Sexe : M F Né(e) le : _____ N° Sécurité Sociale: _____

1 – 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	
Poliomyélite				-Rougeole	
Ou DTpolio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					

Si l'enfant n'a pas les VACCINS OBLIGATOIRES, joindre un certificat de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin Antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au camp de basket ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants lors du camp.

(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.

A titre indicatif : l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	VARICELLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ANGINE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	SCARLATINE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
COQUELUCHE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OTITE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ROUGEOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OREILLONS Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

P.A.I (Projet d'accueil individualisé) en cours Oui Non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS

Les **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre : _____

FICHE SANITAIRE

CAMP D'ÉTÉ COMITÉ 11-66

Du 22 Août au 27 Août 2021

PARTIE 2/2



3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : _____

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL ?

DES LENTILLES	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
DES LUNETTES	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
DES PROTHÈSES AUDITIVES	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISER : _____

4 – ACTIVITÉS SPORTIVES ET BAINADES

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives extra-basket Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades et activités nautiques surveillées Oui Non

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° Téléphone : 1) _____ 2) _____

NOM et Tél. du Médecin traitant (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :