FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CNJ / DTN • février 2020

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux utiles pendant le séjour sportif ou l'accueil de l'enfant au sein du club. Elle sera détruite en fin de séjour ou d'accueil. En cas de problèmes médicaux identifiés après l'établissement de cette fiche, le représentant légal devra en informer le responsable et établir une nouvelle fiche. Celle-ci peut être valable pour un séjour identifié pour un ensemble d'actions organisées par une structure fédérale.

1. . ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

FILLE

GARÇON

1. . VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant, pas de photocopies du carnet). Précisez s'il s'agit :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | VACCINS PRATIQUÉS | DATES |
| Du DT polio Du Dt coq Du TétracoqD'une prise polio Rappels ROR 1er vaccinROR rappel |  |  |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POUR DES RAISONS MÉDICALES, PRÉCISER LA NATURE :

1. . RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
2. L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE | VARICELLE | ROUGEOLE | OREILLONS |
| oui |  | non |  | oui |  | non |  | oui |  | non |  | oui |  | non |  |

1. VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ASTHME ?

Si oui précisez les circonstances des crises et le traitement (joindre ordonnance)

non

oui

1. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL DE PATHOLOGIE CHRONIQUE OU AIGUË EN COURS ?

Si oui précisez la / les pathologie(s) (joindre ordonnance)

non

oui

1. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL D'ALLERGIE ?

  Si oui précisez la / les allergie(s) (joindre ordonnance) ALIMENTAIRE :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oui |  | non |  |

  Nature : MÉDICAMENTEUSE :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oui |  | non |  |

  Nature : LIÉE À L'ENVIRONNEMENT :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oui |  | non |  |

  Nature :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oui |  | non |  |

1. VOTRE ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT QUI N'EST PAS EN RAPPORT AVEC LES POINTS 2-3-4 CI-DESSUS ?

Si oui précisez la nature de celui-ci (joindre ordonnance)

non

oui

1. VOTRE ENFANT A-T-IL DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX OU TOUTES AUTRES INFORMATIONS QUI AURAIENT DES RÉPERCUSSIONS SUR LE DÉROULEMENT DU SÉJOUR OU DE L'ACTIVITÉ ?

Si oui précisez lesquels ?

non

oui

RAPPEL SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE CORRESPONDANTE AUX MÉDICAMENTS.

1. . REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT À CONTACTER

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE TÉL :

FIXE :

PORTABLE :

Je soussigné, représentant 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Vaut pour signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE : DÉPART LE :

SAISON SPORTIVE Cochez la case "Saison sportive" dans le cadre de l'activité annuelle du club