



Fiche confidentielle à l'usage des secours, du corps médical, de l'assistant sanitaire et tout encadrant devant remettre ses informations en situation d'urgence médicale.

Nom : sexe : féminin masculin

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Age : Poids :

Responsable(s) légal (aux) du jeune :

Père : Mère :

Adresse : Adresse :

.....

Téléphone domicile : Téléphone domicile :

Professionnel : Professionnel :

Portable : Portable :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone Domicile : Téléphone portable :

Quelques renseignements utiles en cas d'urgence :

N° de sécurité sociale sous lequel le jeune est pris en en charge (père- mère) :

.....

N° de mutuelle et organisme sous lequel le jeune est pris en charge (père – mère) :

.....

N° d'assurance responsabilité civile : Compagnie :

N° d'assurance complémentaire accident (facultatif) : Compagnie :

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Groupe sanguin :

Vaccinations : Merci de bien vouloir rapporter les photocopies du carnet de santé

Le jeune à t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme articulaire aigu Coqueluche Rougeole Oreillons Jaunisse appendicite

Otites Asthme

Antécédents médicaux qu'ils vous semblent important de signaler en précisant les dates et précautions à prendre (ex ; fractures, diabète, épilepsie, œdème de Quincke, accident, rééducation,) :

.....
.....

Allergies alimentaires ou autres et contre – indications médicamenteuses (merci d'indiquer la conduite à tenir et de signaler si il y a automédication) :

.....
.....

Le jeune suit – il un traitement à l'année ? OUI NON

Si oui lequel ? (Indiquer les produits et la posologie afin d'éviter une contre-indication ou un sur dosage lors d'une intervention)

.....
.....

Si votre enfant est mis sous traitement lorsqu'il fréquente les activités organisés par la Communauté de communes, pensez à nous prévenir pour indication en cas d'intervention et à nous remettre un double de l'ordonnance et les médicaments correspondants(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice)si nous devons veiller à la prise du traitement.

Recommandations utiles du(es) responsable(s) légal (aux) :

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

Je soussigné (e) Mme, M, déclare que mon enfant (nom et prénom)

..... Ne souffre d'aucune contre-indication médicale empêchant les différentes activités.

Si des activités sont contre indiquées veuillez les lister :

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

J'autorise les responsables des activités à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état du jeune : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale.

J'ai bien noté que le responsable légal sera prévenu au plus vite de la situation.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements inscrits sur cette fiche sanitaire.

Fait à : Le :

Signature (s) précédée (s) de la mention « lu et approuvé » :

Père

Mère