

# NANTES METROPOLE FUTSAL

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON SAISON 2018-2019

PHOTO



### 1- ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

CATEGORIE :

N° SECURITE SOCIALE:

N° CNI :

AUTORISATION DEPART SEUL O / N \*  
(PARAGRAPHE A SIGNER AU VERSO)

### 2- VACCINATIONS (SE REFERER AU CARNET DE SANTE OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATIONS)

OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE				HEPATITE B	
TETANOS				RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
POLIOMYELITIS				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				AUTRES (PRECISER)	
OU TETRACOQ					
BGC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE – INDICATION A LA VACCINATION.  
ATTENTION, LE VACCIN ANTI TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION.

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'ENFANT SUIVIT IL UN TRAITEMENT MEDICAL? OUI NON

SI OUI, JOINDRE UNE ORDONNANCE RECENTE ET LES MEDICAMENTS CORRESPONDANTS LORS DES TOURNIS, STAGES ET AUTRES SORTIES  
(BOITES DE MEDICAMENTS DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE, MARQUES AU NOM DE L'ENFANT AVEC LA NOTICE)

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIE SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISMES ARTICULAIRE AIGU		OREILLONS	
OUI	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON
SCARLATINE		COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON  
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES : .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

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

GROUPE SANGUIN DE L'ENFANT ..... DES PARENTS .....

INDIQUEZ CI APRES LES ANTECEDANTS ET DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LA DATE ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE (MALADIE, CRISE CONVULSIVE, OPERATION, ACCIDENT, HOSPITALISATION, REEDUCATION)

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

#### 4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE T'IL DES LUNETTES, LENTILLES, PROTHESES AUDITIVES, DENTAIRES, ETC...  
PRECISEZ.

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

#### 5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRENOM .....  
ADRESSE .....  
.....  
TEL FIXE ..... PORTABLE ..... BUREAU .....  
ADRESSE E.MAIL .....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT .....

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE .....  
LIEN DE PARENTE / AUTRE .....  
TEL FIXE ..... PORTABLE ..... BUREAU .....

---

JE SOUSIGNE, ....., RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT  
....., DECLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTES  
SUR CETTE FICHE ET AUTORISE LES RESPONSABLES DU CLUB A PRENDRE, LE CAS ECHEANT, TOUTES MESURES RENDUES NECESSAIRES PAR  
L'ETAT DE L'ENFANT.

JE SOUSIGNE, ....., RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT  
....., AUTORISE / N'AUTORISE PAS \* MON ENFANT A  
REJOINDRE SEUL LE DOMICILE FAMILIAL APRES LES SEANCES, MATCHS ET AUTRES RASSEMBLEMENTS DU CLUB. EN CAS D'ABCEANCE DE  
MA PART, J'AUTORISE MONSIEUR OU MADAME ..... ET/OU .....  
A PRENDRE EN CHARGE MON ENFANT A LA SUITE DE L'ACTIVITE. (\* RAYER LA MENTION INUTILE)

FAIT A .....  
DATE .....

SIGNATURE