

FICHE SANITAIRE Année 2025-2026

Numéro de licence : Catégorie : Club :
--

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse postal :

.....

Personnes à prévenir :

N° 1 : Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Lien de parenté :

N° 2 : Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Lien de parenté :

N° 3 : Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Lien de parenté :

Vaccinations :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Allergies :

Asthme -> Oui / Non

Alimentaires -> Oui / Non (Si oui préciser :)

Médicamenteuses -> Oui / Non (Si oui préciser)

Autres ->

Appareillages :

Lunettes : OUI / NON

Lentilles de contact : OUI / NON

Appareil auditif : OUI / NON (Si oui, porteur 1 ou 2)

Prothèse dentaire : OUI / NON

Maladies, accidents, opérations ou traitements :

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

Autorisation transport vers un hôpital :

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Mère et père de l'enfant :

AUTORISONS LE TRANSFERT à l'hôpital (Par les services d'urgences : pompiers, Samu ou ambulance), en cas de nécessité.

Date et Signature :