

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

- RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

ADRESSE : _____

Tél. fixe (et portable), domicile :/...../...../...../..... Bureau :/...../...../...../.....
...../...../...../...../.....

E-Mail :

2 - 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-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

POIDS :

TAILLE :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

Votre enfant pratique-t-il une autre activité physique en dehors de Bouge Mieux 31 ? Si oui lesquels ? Et combien d’heures par semaine ?

.....
.....

Pouvez-vous citer le ou les sports que votre enfant aimerait apprendre avec Bouge Mieux 31 ?

.....

Avez-vous l’habitude de pratiquer une activité physique avec votre enfant ? Si oui, lesquels (Vélo, marche etc..) ? Et combien de temps par semaine ?

.....
.....

6 - INFORMATIONS GENERALES

- Cotisation 2017 / 2018 : **130€ (possibilité de payer en 3 fois)**

- Pour les nouveaux licenciés le certificat Médical est **OBLIGATOIRE** dès la 2ème séance.

- Les enfants inscrits dans l’association Bouge Mieux 31 seront licenciés auprès de **la Fédération Française Sport Pour Tous**. Une demande de licence devra donc être remplie.

- Il existe une aide exceptionnelle permettant de financer la cotisation (une seule fois), pour cela l’enfant devra être déjà inscrit au RéPPOP Midi-Pyrénées. Cette aide est réservée aux personnes n’ayant pas les moyens de payer la cotisation.

- **Contact : bougemieux31@gmail.com**

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'éducateur sportif à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :