

STAGE _____ **du** _____ **au**
 _____ **lieu** _____

Je soussigné, Docteur _____
 certifie que Melle, M _____ né(e) le _____ à _____

ne présente à ce jour aucun danger de contagion, et est médicalement apte à la vie collective et à la pratique d'activités physique et sportif.

Signature et cachet :

--	--	--

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R u b é o l e - O r e i l l o n s - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
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.

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le stage ? Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES O u i
 Non

ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

Page 2/2

INDIQUEZ CI-APRES :

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

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

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

Consignes particulières

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

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

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

NOM _____ PRENOM _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Tél. portable _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____ Tél. domicile _____
Tél. bureau _____

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

Date :

Signature :

Direction de l'Excellence Sportive et de la Vie Associative

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Garçon

Fille

