

## 1 - Enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

## 2 - Vaccinations

### Dates du dernier rappel

#### *Obligatoires*

Poliomyélite	oui - non	.....
Ou DT Polio :	oui - non	.....
Ou Tetracoq :	oui - non	.....
Diphthérie	oui - non	.....
Tétanos	oui - non	.....

#### *Recommandés*

Rubéole, Oreillons, Rougeole :	oui - non	.....
Hépatite B	oui - non	.....
Coqueluche	oui - non	.....

Autres (précisez) : .....

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

Si votre enfant est amené à suivre un traitement médical durant le déplacement, pensez à **joindre une ordonnance récente** et les médicaments correspondants.

Groupe sanguin (si connu) :

## 4 – Votre enfant souffre t'il d'allergies connues?

Asthme	oui - non	Automédication pour l'asthme	oui - non
Médicamenteuses	oui - non		
Alimentaires	oui - non		
Autres	oui - non		

Précisez la conduite à tenir...

.....

.....

.....

Indiquez ci-après, les difficultés de santé importantes (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

## 5 - Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.? oui - non  
Précisez :

.....

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée? oui - non

## **6 - Responsable(s) de l'enfant**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

### Numéros de téléphones:

#### Mère:

Domicile : ...../...../...../...../...../

Portable: ...../...../...../...../...../

Travail: ...../...../...../...../...../

#### Père:

Domicile: ...../...../...../...../...../

Portable: ...../...../...../...../...../

Travail: ...../...../...../...../...../

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif).

Dr .....adresse.....tél : ...../...../...../...../

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

- j'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties et déplacements nécessaires aux entraînements, aux compétitions du VICK, « stages » WE et vacances.

- Je m'engage à rembourser le club de toutes avances sur frais médicaux dès le retour au club.

- J'autorise également, si nécessaire, le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

- Je m'engage à informer le VICK, de toute modification, traitement en cours, concernant l'état de santé de mon enfant.

- Sécurité sociale: joindre une copie de la carte de sécurité sociale.

(Pour les séjours hors du territoire Français, pensez à la carte européenne)

Date :

*"Lu et approuvé"*

Signature :

Jusqu'alors, Il vous était demandé à chaque stage organisé par le VICK une fiche médicale de votre enfant.

Dorénavant, il vous sera demandé au moment du renouvellement de la licence, de remplir une seule fiche sanitaire pour l'année sportive ayant pour simple but de donner aux différents responsables, organisateurs, des informations d'ordres médicales concernant votre enfant pouvant être utiles "au cas où" et de vous éviter d'en refaire une pour:

#### **Toutes sorties et déplacements du club,**

- **Journée** (Nitrax, stade d'eau vive de Tours, foot, etc.),
- **Week end** (découverte de bassins et autres compétitions sur un WE)
- **Stages** (en France ou à l'étranger pendant les vacances).

**Cette fiche sanitaire, ne remplace en rien le document propre au stage qui vous sera remis avec pour indication les informations du stage en question (dates, lieu, coût, etc.)**

Merci de l'intérêt que vous porterez à cette démarche « administrative » et de la confiance que vous nous portez.