



LIGUE DE BADMINTON DE NORMANDIE
SAISON 2024 - 2025



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : [REDACTED]

PRÉNOM : [REDACTED]

DATE DE NAISSANCE : 01/01/2000

TEL PORTABLE ENFANT : 06. [REDACTED]

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	01/01/2000	Hépatite B	01/01/2000
Tétanos	01/01/2000	Rubéole-Oreillons-Rougeole	01/01/2000
Poliomyélite	01/01/2000	Coqueluche	01/01/2000
Ou DT polio	01/01/2000	COVID 19	01/01/2000
Ou Tétracoq	01/01/2000	Autres (préciser)	
BCG	01/01/2000	[REDACTED]	01/01/2000

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical actuellement ?

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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	

ALLERGIES : ASTHME

ALIMENTAIRES

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES [REDACTED]

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

Oui

Non

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LUNETTES :

DES LENTILLES :

DES PROTHÈSES AUDITIVES :

UN APPAREIL DENTAIRE :

Si oui pour ce type d'appareil prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire, règles (filles), incontinence, ...)

4 – AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à repartir seul à la fin des stages :

J'autorise mon enfant à participer aux activités annexes des stages :

J'autorise le transport en véhicule par les encadrants des stages :

J'autorise la Ligue de Normandie de Badminton à utiliser les photos et vidéos de mon enfant pour ses besoins en communication et ceci sans rémunération possible :

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM

ADRESSE :

TÉL. FIXE ET PORTABLE, DOMICILE : 02. 06.

BUREAU : 06.

MAIL : @

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :