**LIGUE DE BADMINTON DE** **NORMANDIE**

**SAISON 2024 - 2025**

|  |  |
| --- | --- |
| FICHE SANITAIRE DE LIAISON | L’ENFANT |
| NOM : |
| PRÉNOM : |
| DATE DE NAISSANCE : 01/01/2000 |
|  |
| TEL PORTABLE ENFANT : |

# 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 | HépatiteB | 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 |  | 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

# 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 MÉDICAMENTEUSES

ALIMENTAIRES AUTRES

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

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

# 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, …)

# 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 : |  |  |

# RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM

ADRESSE :

TÉL. FIXE ET PORTABLE, DOMICILE :

BUREAU :

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 :