



LIGUE DE BADMINTON DE NORMANDIE  
SAISON 2025 - 2026



L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :   
PRÉNOM :   
DATE DE NAISSANCE :   
 Garçon  Fille  
TEL PORTABLE ENFANT :

## 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 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	Hépatite B <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>
Tétanos <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>
Poliomyélite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	Coqueluche <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>
<b>Ou</b> DT polio <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	COVID 19 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>
<b>Ou</b> Tétracoq <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	Autres (préciser)	
BCG <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 ?  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.

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

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

**ALLERGIES** : ASTHME  Oui  Non

MÉDICAMENTEUSES  Oui  Non

ALIMENTAIRES  Oui  Non

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.**

### 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LUNETTES :  Oui  Non      DES LENTILLES :  Oui  Non  
DES PROTHÈSES AUDITIVES :  Oui  Non      UN APPAREIL DENTAIRE :  Oui  Non

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 :  Oui  Non  
J'autorise mon enfant à participer aux activités annexes des stages :  Oui  Non  
J'autorise le transport en véhicule par les encadrants des stages :  Oui  Non  
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 :  Oui  Non

### 5 – 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 :