

LIGUE DE BADMINTON DE NORMANDIE
SAISON 2026 - 2027

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE
DE LIAISONNOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : Garçon FilleTEL 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
Diphthérie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	HépatiteB <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"/>
Ou 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"/>
Ou Tétracoq <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	Autres (préciser)	<input type="text"/>
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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>			

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui NonALIMENTAIRES 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.

[Large empty box for health issues and precautions]

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, ...)

[Large empty box for additional recommendations]

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 : [Redacted]

PRÉNOM : [Redacted]

ADRESSE : [Redacted]

TÉL. FIXE ET PORTABLE, DOMICILE : [Redacted] [Redacted]

BUREAU : [Redacted]

MAIL : [Redacted] @ [Redacted]

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : [Redacted]

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : [Redacted]

Je soussigné(e), [Redacted] 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 : [Redacted]

Signature : [Redacted]