



Union Sportive de Carrières sur Seine

Section BADMINTON

Saison 2021 / 2022



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 – ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON ☼

FILLE ☼

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES :

| | | |
|-----------------|-------|-------|
| ASTHME | OUI ☼ | NON ☼ |
| ALIMENTAIRES | OUI ☼ | NON ☼ |
| MEDICAMENTEUSES | OUI ☼ | NON ☼ |
| AUTRES : | | |

PRECISEZ LA CAUSE DES ALLERGIES ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....

.....

.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Précisez :
.....
.....
.....

5 – DEPART DES INSTALLATIONS SPORTIVES

L'enfant est-il autorisé à partir seul à la fin du cours : OUI ☼ NON ☼

Précisez-la ou les personnes autorisées à venir le chercher :

6 – DEPLACEMENT EN VOITURE

Si votre enfant participe à une compétition, est-il autorisé à monter en voiture avec un encadrant du club ou un autre parent : OUI NON

7 - AUTORISATION PARENTALE DE DIFFUSION DE PHOTOS

La section est-elle autorisée à publier les photos de votre enfant prises lors d'entraînements, de compétitions ou de manifestations officielles diverses, ceci sous la responsabilité des dirigeants du club :

OUI ☼ NON ☼

Ces photos pourront servir à illustrer un article, un dossier de promotion des activités de l'association, à agrémente le site internet du club mais également la page Facebook du club :

<http://www.badmintoncarrieres-sur-seine.fr/>

<https://www.facebook.com/Union.Sportive.Carrieres.sur.Seine.Badminton/>

8 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :PRENOM :

ADRESSE :

TEL FIXE : TEL PORTABLE : TEL BUREAU :

EMAIL :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :