



## Fiche sanitaire

### CAVALIER MINEUR

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

#### Coordonnée(s) de la ou des personnes à contacter en cas d'urgence

Contact 1 : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_ Tel. 1 : \_\_\_\_\_ Tel. 2 : \_\_\_\_\_

Contact 2 : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_ Tel. 1 : \_\_\_\_\_ Tel. 2 : \_\_\_\_\_

#### Fiche sanitaire

- Sexe :  féminin  masculin

- Groupe sanguin : \_\_\_\_\_ Rhésus : \_\_\_\_\_ -

- Vaccination (remplir à partir du carnet de santé, des certificats de vaccination ou joindre la copie des pages de vaccinations du carnet de santé).

Précisez s'il s'agit:

Diphtérie : date \_\_\_\_\_ date rappel \_\_\_\_\_

Tétanos : date \_\_\_\_\_ date rappel \_\_\_\_\_

Poliomyélite : date \_\_\_\_\_ date rappel \_\_\_\_\_

Ou  DT Polio : date \_\_\_\_\_ date rappel \_\_\_\_\_

Ou  Tétracoq : date \_\_\_\_\_ date rappel \_\_\_\_\_

BCG date 1<sup>ère</sup> vaccin \_\_\_\_\_ date revaccination \_\_\_\_\_

Injection de sérum Nature \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

\_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole  Coqueluche  Varicelle  Otites

Angines  Rhumatismes  Rougeole  Oreillons

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Vos Recommandations

Allergies, interdictions, contre indication médicales, traitement en cours,.....:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

\_\_\_\_\_

#### Assurance

Licence FFE : \_\_\_\_\_

Autre (nom de l'assureur et le n° de police d'assurance) :

\_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

parent / tuteur légal de l'enfant \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Reconnais avoir rempli la fiche sanitaire de liaison concernant mon enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- Déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

*Signature du représentant légal précédée de la  
mention manuscrite « Lu et approuvé »*

## CONSENTEMENT A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussignés, Monsieur et Madame \_\_\_\_\_

parents / tuteurs légaux de l'enfant mineur \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Reconnaissons avoir rempli la fiche sanitaire de liaison concernant notre enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- Autorisons par avance, en cas de nécessité pour l'état de santé de notre enfant, le service de secours :
  - à prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence ;
  - à hospitaliser, et/ou à pratiquer tout acte chirurgical, médical et anesthésique.
- Déclarons avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

*Signature du représentant légal précédée de la  
mention manuscrite « Lu et approuvé »*

*Signature du représentant légal précédée de la  
mention manuscrite « Lu et approuvé »*