**FICHE SANITAIRE ANNUELLE**

**1er juillet 2024 au 30 juin 2025**

**COORDONNÉES DE L’ENFANT**

|  |
| --- |
| **Nom :**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Date de naissance :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Adresse :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Club :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **N° de licence :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Téléphones obligatoires** | **Mails obligatoires** |
| Représentant 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Représentant 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Représentant 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Représentant 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Nom de famille de maman : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

|  |
| --- |
| **N° Sécurité Sociale :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Médecin traitant :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Tél :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Adresse :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Personne à prévenir en cas d’urgence :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Tél :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**VACCINATIONS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins Obligatoires** | **Dates des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
|  |  |  |  |
| Diphtérie |  [ ]  oui [ ]  non | \_\_\_\_\_\_\_\_  | Hépatite B | \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Tétanos |  [ ]  oui [ ]  non | \_\_\_\_\_\_\_\_  | Rubéole - Oreillons | \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Poliomyélite |  [ ]  oui [ ]  non | \_\_\_\_\_\_\_\_  | Rougeole | \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| OU DT polio |  [ ]  oui [ ]  non | \_\_\_\_\_\_\_\_  | Coqueluche | \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| OU Tétracoq |  [ ]  oui [ ]  non | \_\_\_\_\_\_\_\_  | Autres (préciser) | \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| BCG |  [ ]  oui [ ]  non | \_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice)

**AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE**

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

 [ ]  Rubéole [ ]  Coqueluche [ ]  Varicelle [ ]  Otite [ ]  Rhumatisme articulaire aigu

 [ ]  Oreillons [ ]  Rougeole [ ]  Scarlatine [ ]  Angine

L’enfant a-t-il des allergies ?

 [ ]  Asthme [ ]  Alimentaires [ ]  Médicamenteuses

 [ ]  Autres (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

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

**AUTORISATION MÉDICALE**

J’autorise le directeur du stage à prendre, à l’égard de mon enfant, toutes les dispositions médicales utiles en cas d’accident et à le faire hospitaliser si nécessaire.

 [ ]  oui [ ]  non

**MERCI DE NOUS FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION**

**Sauf modifications (adresse, téléphone, santé, etc…)**

**cette fiche sanitaire est valable pour la saison 2024 / 2025**

**Lu et approuvé,**

**Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature des Représentants :**

 

**AUTORISATION DROIT À L’IMAGE**

**1er juillet 2024 au 30 juin 2025**

**Je soussigné(e), M. ou Mme**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsable légal de l’enfant** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **licence n°** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**demeurant** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorise la Ligue Nouvelle-Aquitaine de Tennis de Table, à utiliser des photos et/ou vidéos de mon enfant sur tous types de médias (presse, site internet, page Facebook, page Instagram, revue, documents ….) avec le souci de ne pas porter atteinte à la dignité de l’enfant.

[ ]  **Oui** [ ]  **Non**

Dans le cas, où vous ne souhaitez pas autoriser la ligue à utiliser des photos de votre enfant,

nous veillerons à ne pas le prendre en photo avec le reste du groupe.

**Cette autorisation est valable pour l’ensemble de l’activité pongiste concernant la saison 2024 / 2025**

**Lu et approuvé,**

**Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature des Représentants :**

  