**Une image contenant Graphique, conception, graphisme, logo

Description générée automatiquementUne image contenant texte, Graphique, graphisme, Police

Description générée automatiquementFICHE 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

Une image contenant Graphique, conception

Description générée automatiquement**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 :**



**Une image contenant Graphique, conception, graphisme, logo

Description générée automatiquementUne image contenant texte, Graphique, graphisme, Police

Description générée automatiquementAUTORISATION 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 :**

Une image contenant blanc, conception

Description générée automatiquement Une image contenant Graphique, conception

Description générée automatiquement