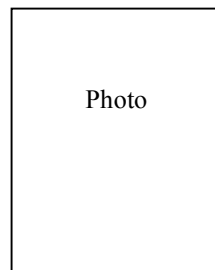


STAGE SPORTIF DU 1 AU 8 AVRIL 2017

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom et prénom de l'enfant : _____
 Adresse du domicile : _____
 Code postal |__|__|__|__|__| Ville : _____



Si l'enfant possède un  : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT (fournis par les parents)

Sexe : M F Taille : _____ Poids : _____
 Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|
 Lieu de naissance : _____

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

Typhoïde	Oui - Non (1)	Scarlatine	Oui - Non
Diphtérie	Oui - Non (1)	Coqueluche	Oui - Non
Otite	Oui - Non (1)	Asthme	Oui - Non
Rougeole	Oui - Non (1)	Oreillons	Oui - Non
Rhumatisme	Oui - Non (1)		

Interventions chirurgicales subies :

Interventions : _____ Dates : |__|__|__|__|__|__|
 _____ |__|__|__|__|__|__|
 _____ |__|__|__|__|__|__|
 _____ |__|__|__|__|__|__|

Autres renseignements concernant la santé de votre enfant (pour les porteurs de lunettes, préciser la référence des verres) : _____

Indiquer l'année des vaccinations et injections de sérum :

Vaccin contre la variole	Oui - Non
Vaccin contre la diphtérie-tétanos	Oui - Non
Vaccin contre la diphtérie-tétanos-typhoïde	Oui - Non
Vaccination par le B. C. G.	Oui - Non
Vaccin anti-polio	Oui - Non
Sérum antitétanique	Oui - Non
Sérum anti-diphtérique	Oui - Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui - Non
 Incontinence d'urine ? Oui - Non
 Régime alimentaire ? (si oui préciser) Oui - Non
 L'enfant a-t-il déjà été victime de fracture(s) ? Oui - Non
 Si oui, date et nature de la lésion : _____
 L'enfant est-il actuellement en traitement ? Oui - Non

(si oui joindre obligatoirement l'ordonnance)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ père, mère,
tuteur(trice), responsable de l'enfant _____ :

- ◆ autorise le responsable du stage ou encore un des cadres du stage, à faire soigner mon enfant, et à faire pratiquer toute intervention, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- ◆ m'engage à payer la part des frais du séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

A _____ le _____

Signature : (*)

**AUCUN ENFANT NE POURRA
PARTICIPER SANS CETTE
AUTORISATION**

* Faire précéder la signature de la mention « *Lu, approuvé et bon pour pouvoir* ».
