FICHE MEDICALE

Toutes les informations renseignées dans cette fiche médicale resteront confidentielles, merci de la remplir avec exactitude afin de nous faciliter la prise en charge de l’enfant.

è

**ENFANT:**

Catégorie:

Nom: Prénom

Date de naissance: Sexe: M / F

Numéro de sécurité social:

CMU: ▢ oui ▢ non

**LA FAMILLE**:

Père:

Nom et prénom

adresse:

Téléphone portable: Téléphone professionnel:

Mère:

Nom et prénom:

adresse:

Téléphone portable: Téléphone professionnel:

**Personne à contacter en cas d’urgence**:

Nom: Prénom:

numéro de téléphone:

Adresse:

Lien de parenté avec l’enfant:

**Médecin traitant**:

Nom et prénom:

adresse:

Numéro de téléphone:

**En cas de danger ou d’accident, nous contacterons les secours afin que votre enfant reçoive les soins adaptés. Merci de donner le plus de précisions possible sur son état de santé.**

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**:

Groupe Sanguin:

▢ Asthme ▢ Allergie ▢ Epilepsie ▢ Diabète

▢ Autre (à préciser): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’enfant est-il à jour dans les vaccins? ▢ oui ▢ non

(**Merci de nous remettre les photocopies du carnet de vaccination**)

L’enfant est-il actuellement sous traitement? ▢ oui ▢ non

Si oui, doit-il prendre son traitement lors des activités? ▢ oui ▢non

Si oui, merci de nous préciser pour quelle maladie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Veuillez nous remettre une ordonnance du médecin nous précisant les posologies à administrer à l’enfant.(photocopie ou original)**

**AUTORISATION PARENTALE**:

Nous, soussignés Mr et/ou Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorisons le Club Etoile Bobigny:

▢ à contacter les secours en cas d’accident survenue lors des activités du club

▢ à transmettre toutes les informations concernant notre enfant afin de mettre en place une prise en charge par les services de secours

▢ à administrer a notre enfant les soins nécessaires à sa pathologie

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

Signature du père: signature de la mère: