



SKI CLUB SAINT - GERVAIS MONT - BLANC

FICHE SANITAIRE 2011 / 2012

Ce document est confidentiel et ne pourrait être remis qu'à un membre du corps médical en cas de besoin.

Cette fiche est **obligatoire** et nécessaire pour tous les entraînements, les stages et déplacements que votre enfant pourrait être amené à faire avec le ski club. Elle vous évite d'avoir à nous fournir le carnet de santé. Pour remplir cette fiche, se référer au carnet de santé ou le cas échéant à faire remplir par le médecin traitant.

1 - MEDECIN TRAITANT :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Tel :

Fax :

2 - VACCINATIONS :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			
BCBG			
Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Coqueluche			
Autres (préciser)			

3 - ANTECEDENTS MEDICAUX :

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance récente. En cas de déplacements ou stages avec le club, fournir les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il subi des opérations chirurgicales ? Oui Non

Si oui, lesquelles

.....

Ces opérations ont-elles nécessité de la rééducation ? Oui Non

Votre enfant a-t-il des problèmes psychologiques ? Oui Non

Si oui, est-il suivi psychologiquement ? Oui Non

Si oui, suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, lequel

.....

SKI CLUB SAINT-GERVAIS MONT-BLANC MAISON DE SAINT-GERVAIS 17 RUE DU MONT-BLANC 74170 SAINT-GERVAIS FRANCE

TEL (hors saison) +33 (0)4 50 47 71 85

FAX (hors saison) +33 (0)4 50 47 29 96

TEL / FAX (hors saison) +33 (0)4 50 93 37 84

www.stgervais-skiclub.com

ski-club-st-gervais@wanadoo.fr



SKI CLUB SAINT - GERVAIS MONT - BLANC

Votre enfant a-t-il eu :

- | | | |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Rubéole | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Varicelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Angine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Scarlatine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Otite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Rougeole | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Oreillons | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Rhumatismes articulaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Votre enfant souffre-t-il d'allergies :

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Asthme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Allergies médicamenteuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Allergies alimentaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Autres | | |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Votre enfant porte-t-il :

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Lunettes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Lentilles de contact | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Prothèses auditives | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Prothèses / appareils dentaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Veillez indiquer tout problème de santé et les précautions à prendre :

.....
.....

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom de la mère :

Nom du père :

Tel de la mère :

Tel du père :

Port de la mère :

Port du père :

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents) *:

Tel :

Port :

Je soussigné(e) responsable légale de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Ski Club de Saint-Gervais à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à Le.....

Signature

** Cette personne ne sera bien entendu contactée qu'en cas d'impossibilité de joindre les parents*

SKI CLUB SAINT-GERVAIS MONT-BLANC MAISON DE SAINT-GERVAIS 17 RUE DU MONT-BLANC 74170 SAINT-GERVAIS FRANCE

TEL (hors saison) +33 (0)4 50 47 71 85

FAX (hors saison) +33 (0)4 50 47 29 96

TEL / FAX (hors saison) +33 (0)4 50 93 37 84

www.stgervais-skiclub.com

ski-club-st-gervais@wanadoo.fr