



## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Nous vous remercions de prendre le temps nécessaire pour compléter et relire cette fiche, dans l'intérêt de votre enfant. N'hésitez pas à nous contacter en cas de problème, de doute.

### L'ENFANT

NOM et prénom :

Né(e) le :  à :  Nationalité :

Club / Comités :  N° licence :

N° Sécurité sociale :

Nom et N° Mutuelle :

### LES PARENTS OU REPRÉSENTANTS LÉGAUX

	PÈRE	MÈRE
	NOM - Prénom :	NOM - Prénom :
<b>Adresse</b> (mettre les deux adresses si séparés ou divorcés) :		
<b>Tél. personnel</b> <sup>(1)</sup> :		
<b>Tél. portable</b> :		
<b>Courriel</b> :		
<b>Tél. professionnel</b> :		

### URGENCES ET PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je, soussigné(e) M., Mlle, Mme ..... autorise le Directeur du stage à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou accident de l'enfant, toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale, y compris l'hospitalisation.

NB : **En cas d'urgence**, l'enfant accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'une personne majeure habilitée.

En cas d'avance des frais médicaux pendant le stage par le **Comité handball 95**, je m'engage à reverser au Comité le montant des sommes engagées.

**Signature obligatoire**  
(précédée de Lu et approuvé)

<sup>(1)</sup> Toute modification devra être signalée.



Personnes majeures à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant :	Téléphone :

Médecin de famille : Dr

Téléphone :

**Renseignements utiles concernant la santé de l'enfant (allergies, troubles, médicaments\*)**

*Cf. Compléter la fiche sanitaire*

Groupe sanguin :

## DIFFUSION D'IMAGES

Dans le cadre du stage, des photos ou vidéos peuvent être réalisées et diffusées sur le site WEB et les réseaux sociaux (facebook, Instagram) du **Comité Handball Val d'Oise**. Nous sollicitons donc votre autorisation.

Je, soussigné(e) M., Mlle, Mme ,

- autorise** mon enfant à apparaître sur des photos et vidéos (individuelles ou de groupe).
- n'autorise pas** mon enfant à apparaître sur des photos et vidéos (individuelles ou de groupe).

Signature obligatoire (précédée de Lu et Approuvé)

## PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS\*

Dans le cadre du stage **Plai'Handball**, votre enfant sera amené à participer à des activités sportives et notamment des activités nautiques et aquatiques (baignade, voile, ...).

Nous sollicitons donc votre autorisation.

Je, soussigné(e) M., Mlle, Mme ,

- autorise** mon enfant à participer aux différentes activités prévues au cours du stage et à être véhiculé par les **animateurs responsables de l'activité**.

Signature obligatoire (précédée de Lu et Approuvé)

\* voir modalités générales d'inscription.



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - 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 leur emballage 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES