À RENDRE



FICHE SANITAIRE DE LIAISON – STAGE JUDO DU 21 AU 23/12/2026

Merci de compléter scrupuleusement cette fiche, puis de la transmettre pour validation de l'inscription au plus tard ***le 16/12/2026***

comite-aube-judo@wanadoo.fr

Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement aux Responsables et le cas échéant, aux services médicaux.

Cadre à compléter par le responsable du séjour
2 STAGE NOEL 2026 Séjour du 21 AU 23/12/2023 Lieu du Séjour : TROYES Responsable : Francis CLERGET

Identité du stagiaire
Nom : Prénom : Date de naissance :

N° de sécurité sociale : Mutuelle :

Renseignements concernant les responsables légaux de l'élève	
Père / Tuteur Légal	***Mère / Tuteur Légal***
Nom : Prénom : Adresse complète :	Nom : Prénom : Adresse complète :
Coordonnées téléphoniques : Domicile : Mobile : Travail :	Coordonnées téléphoniques : Domicile : Mobile : Travail :
Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes) :	

Renseignements médicaux concernant l'élève	
L'élève suit-il un traitement médical ?	**OUI** ☐ **NON** ☐ ***Si oui,*** Merci de joindre l'ordonnance à jour avec la provision de médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)
Nous vous rappelons qu'aucun médicament délivré sur ordonnance ne pourra être administré à l'élève sans ordonnance.	
L'élève a-t-il des allergies ? (Médicamenteuse, alimentaire…)	**OUI** ☐ **NON** ☐ *Si oui, à* ***préciser*** *:*
En cas d'allergie : quelle est **la conduite à tenir** ? (Protocole de soins, traitements…) :	

Antécédents chirurgicaux :	Antécédents médicaux :

Vaccinations :
Date du dernier rappel concernant le : DT/Polio : ROR : Autres :

Nom et coordonnées du médecin traitant de l'élève :
Docteur : Adresse : Téléphone :

Engagement des responsables légaux :

Père :	*Mère :*
Je soussigné , responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant. **Date :** **Signature :**	Je soussigné , responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant. **Date :** **Signature :**

Droit à l'image :

J'autorise les responsables du stage à utiliser les images du stage pour les besoins de sa communication

OUI ☐ NON ☐