



FICHE SANITAIRE DE LIAISON – STAGE 17,18 et 19 Février 2025

Merci de compléter scrupuleusement cette fiche, puis de la transmettre pour validation de l'inscription au plus tard le 10/02/2025

Comite-aube-judo@wanadoo.fr ou 63 Av Pasteur 10000 TROYES.

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

Cadre à compléter par le responsable du séjour	Identité du stagiaire
STAGE FÉVRIER 2025 Séjour du 17 AU 19/02/2025 Lieu du Séjour : GIFFAUMONT Responsable : JEREMY ANDRES	Nom : Prénom : Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Mutuelle :

Renseignements concernant les responsables légaux de l'élève	
<i>Père / Tuteur Légal</i>	<i>Mère / Tuteur Légal</i>
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, <u>Merci de joindre l'ordonnance à jour avec la provision de médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)</u>
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 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 :	
<i>Père :</i>	<i>Mère :</i>
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	