



## FICHE SANITAIRE AS UGINE FOOTBALL



### ENFANT (garçon – fille) :

NOM : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant : .....

Nom de l'assurance de responsabilité civile et téléphone : .....

Téléphone portable des deux parents :

Père : ..... Mère : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant, nom et téléphone : .....

Vaccinations obligatoires à jour (DT Polio) : **OUI** : date du dernier rappel .....

**NON**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (entourez les maladies déjà contractées) :

*Rubéole – Varicelle – Oreillons – Otite – Angine – Coqueluche – Rougeole – Scarlatine – Rhumatismes articulaires –*

Allergies : (entourez les allergies décelées et précisez)

*Respiratoire*

*Allergie alimentaire*

*Allergie médicamenteuse*

Les difficultés de santé (maladie – accident – crises convulsives – hospitalisation – opération – rééducation – asthme) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou autres ? (précisez) : .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) à l'école ? **OUI – NON**

Si oui, précisez pour quelle raison : .....

**Nous devons nous rencontrer pour connaître le protocole d'intervention en cas de crise.**

**A remplir obligatoirement – merci.**

**N°de téléphone d'urgence – personnes à contacter (si on n'arrive pas à joindre les parents)**

M. ou Mme ..... tel : ..... Lien avec l'enfant .....

M. ou Mme ..... tel : ..... Lien avec l'enfant .....

M. ou Mme ..... tel : ..... Lien avec l'enfant .....

**Signature des deux parents (ou représentants légaux) :**

**En indiquant NOM et Prénom.**