

STADE BLAYAIS RUGBY HAUTE GIRONDE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON Saison 2017-2018	<u>JOUEUR</u>
	Nom :
	Prénom :
	Date de naissance :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

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

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre – indication.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES : *RAYER LES MENTIONS INUTILES

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire Aigu	Scarlatine
*Oui Non	*Oui Non	*Oui Non	*Oui Non	*Oui Non
Otite	Rougeole	Oreillons	Coqueluche	
*Oui Non	*Oui Non	*Oui Non	*Oui Non	

ALLERGIES : Asthme *Oui Non Alimentaires *Oui Non
 Médicamenteuses *Oui Non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ... précisez.

.....

.....

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT saison 2017-2018

Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

Adresse :

.....

.....

Code postal _____ Ville _____

en cas d'accident de (NOM, prénom du licencié)

.....

autorise par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire

- le responsable de l'association SBRHG, du Comité ou de la FFR :

♦ à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins

♦ à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à : Le : Signature :

N° sécurité sociale (obligatoire) : _____

Nom de l'organisme : _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

Tél (portable et fixe) : F _____ P _____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____