

Renseignements sanitaires

Cette fiche de liaison est valable 1 an pour toutes les activités et sortie de l'association Saïmiri Parkour.

IMPORTANT : Cette fiche est confidentielle. Elle permet de recueillir des informations utiles pendant votre séjour. Merci de bien compléter tous les renseignements.

1. PARTICIPANT	NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE : GARÇON [] FILLE [] GROUPE SANGUIN : N° SECURITE SOCIALE :
-----------------------	--

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
<i>Diphthérie</i>				Hépatite B	
<i>Tétanos</i>				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<i>Poliomyélite</i>				Coqueluche	
Ou DT Polyo				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si vous n'avez pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
 Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX VOUS CONCERNANT

Suivez-vous un traitement médical ? OUI [] NON []

Si oui, joindre pendant les séjours une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées de votre nom avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance par les responsables du séjour.

Avez-vous déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES 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, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....
.....
.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES

Portez-vous des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....
.....
.....

5. PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

TEL FIXE (et portable) DOMICILE : BUREAU :

Je soussigné....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par mon état.

Date : Signature :

Tout changement concernant votre situation ou la personne à prévenir en cas d'urgence pendant la saison sportive devra être communiqué aux responsables de l'association.

Coordonnées de l'association :
Saïmiri parkour, 7 rue du chemin de fer 68720 ZILLISHEIM
Tél. : 06 63 46 93 16 / Mail : contact@saimiri-parkour.fr