

 <p>YACHT CLUB DE MÈZE www.ycmeze.com</p>	<p>Yacht Club de Mèze Ecole Française de Voile Agrément Jeunesse et Sports n°03401ET0143 Affiliation F. F. Voile n°10.34046 Affiliation F.F.Handisport n°11034 24 91 15 rue de la méditerranée - 34140 Mèze contact@ycmeze.com/www.ycmeze.com</p>	<p>Fiche sanitaire de liaison nuitée sur Balaruc stage club sportif 2014</p>
--	--	---

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de nous la remettre rapidement, **avant le 19 avril 2014**.
Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au responsable sanitaire du séjour et, le cas échéant, aux services médicaux. Elle vous sera rendue à la fin du séjour

CADRE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU STAGE	IDENTITÉ DE L'ENFANT
<p>Organisme : Yacht Club de Mèze Groupe : Adhérents club sportif Séjour du : La nuitée du samedi 26 avril 2014 Lieu du séjour : Centre Nautique de Balaruc Responsable : Jean François DEFEND Président du YCMèze par délégation Marie Claire Durand, Directrice du YCMèze</p>	<p>Nom de l'enfant : Prénom : Né(e) le : à : Garçon : <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/></p>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT	
<p>Nom : Adresse :</p>	<p>Prénom : Ville :</p>
<p>Coordonnées téléphoniques du père Domicile : Mobile : Travail :</p>	<p>Coordonnées téléphoniques de la mère Domicile : Mobile : Travail :</p>
<p>Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)</p>	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT	
L'enfant suit-il un traitement médical ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<p>Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)</p>	
<p>Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.</p>	
<p>L'enfant a-t-il des allergies ?</p>	<p>Asthme : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Alimentaires : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Médicamenteuses : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autres :</p>
<p>Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :</p>	

ETAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ENFANT)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	RECOMMANDÉS OUI NON DATES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de **joindre un certificat médical de contre-indication**.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

ETAT DES MALADIES ENFANTILES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?					
MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigu		
Angine					

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé - énurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,... - en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux,...)

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Docteur : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

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

Attention : Evitez de confier son carnet de santé à votre enfant. Si vous souhaitez transmettre au responsable du séjour des extraits du carnet de santé, faites des photocopies et joignez-les à cette fiche.