



Académie des Sports de Glace Dijon Bourgogne
1 Boulevard TRIMOLET - Patinoire Municipale -
21000 DIJON

FICHE SANITAIRE DE LIAISON BALLET

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant mineur.

(Arrêté du 20 février 2023 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

En cas d'urgence, un jeune accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus proche accompagné de cette fiche. Le club averti immédiatement la famille. Un mineur ne pourra pas quitter l'hôpital sans sa famille.

NOM du licencié : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : ____/____/____ **Sexe :** M ☐ F ☐

REPRESENTANT LEGAL 1 : Père ☐ Mère ☐ Responsable de l'enfant ☐

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Tél Domicile _____ Tél Travail _____

Tél Portable _____ Email : _____

REPRESENTANT LEGAL 2 : Père ☐ Mère ☐ Responsable de l'enfant ☐

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Tél Domicile _____ Tél Travail _____

Tél Portable _____ Email : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ

L'enfant présente-t-il un problème de santé : OUI ☐ NON ☐ Si OUI, préciser : _____

ALLERGIES : OUI ☐ NON ☐ Si OUI, préciser : _____

Joindre un CERTIFICAT MEDICAL précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir : _____

VACCINATION : fournir la photocopie du Carnet de Santé avec les vaccinations, en vérifiant que le Nom de l'enfant est clairement mentionné. A défaut, remplir le document ci-dessous :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole – Oreillons Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un Certificat Médical de contre-indication

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaire ou auditif, comportement de l'enfant etc...

Merci de préciser : _____

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à notre connaissance (traitements en cours, précautions particulières...) _____

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____

Tél : _____

N° de sécurité sociale _____

Adresse du centre de sécurité sociale _____

N° de Licence _____

Coordonnées d'une personne susceptible de vous avertir rapidement :

NOM et Prénom _____

Tél Domicile _____ Tél Travail _____

Tél Portable _____

Je, soussigné(e) _____ Responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le Responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : _____

Signature : _____