



Fiche Sanitaire Football Club Guipry-Messac



ENFANT (Garçon – Fille) :

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance :

N° Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant

Responsabilité civile :

Téléphones des parents :

Adresse mail:

Acceptez-vous que vos coordonnées téléphoniques et mails soient partagés avec les autres parents de l'équipe de votre enfant ?

Oui Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

En cas de traitement de l'enfant, il est impératif de fournir une ordonnance.

Médecin traitant :

Nom, prénom :

N° de téléphone :

Vaccinations obligatoires à jour : Oui Non

L'enfant à-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (entourez les maladies déjà contractées)

Rubéole Varicelle Angine Otite Coqueluche Rougeole Oreillons Rhumatisme articulaire Scarlatine

Allergies : (entourez les allergies décelées et précisez)

Asthme 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 :

.....

.....

N° de téléphone d'urgence, personnes à contacter en priorité :

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

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

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

Tueur légal,
Nom prénom :

Signature :