

**STAGE** \_\_\_\_\_ **du** \_\_\_\_\_ **au**  
 \_\_\_\_\_ **lieu** \_\_\_\_\_

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_  
 certifie que Melle, M \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 ne présente à ce jour aucun danger de contagion, et est médicalement apte à la vie collective et à la pratique d'activités physique et sportif.

Signature et cachet :

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS                                | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|--|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B   |       |
| Tétanos              |     |     |                            | R u b é o l e -<br>O r e i l l o n s -<br>Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche   |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)                                  |       |
| <b>Ou</b> Tétra coq  |     |     |                            |  |       |
| BCG                  |     |     |                            |  |       |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le stage ? Oui  non

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| RUBEOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE<br>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 O u i  
 Non

ALIMENTAIRES Oui  Non

AUTRES.....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

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

**Page 2/2**

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  OUI  NON

Consignes particulières

---

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

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

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_  
Tél. bureau \_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

## Direction de l'Excellence Sportive et de la Vie Associative

NOM \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Garçon

Fille

