

USC CYCLISME
9, rue Emmanuel Chabrier
60800 CRÉPY EN VALOIS
☎ 03 44 87 65 21

Nom :

Prénom :

Âge :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

STAGE DE PERFECTIONNEMENT AUX PRATIQUES DU VTT

Au Cœur des Hautes-Vosges - XONRUPT-LONGEMER 88 -

Adresse : Auberge de la Jeunesse "La Roche du Page"
1085 route de la Roche du Page - 88400 XONRUPT-LONGEMER
Tél.: 03 29 63 07 17 Fax : 03 29 60 06 45
Courriel : larochedupage@orange.fr
Site Web : www.auberge-jeunesse.net

Période du : 22 au 26 avril 2012

STAGIAIRE

Né(e) le : Poids : Sexe : Féminin Masculin
Catégorie : Fédération : FFC UFOLEP N°licence :

COORDONNÉES DES PARENTS OU TUTEUR

Nom (si différent de celui de l'enfant) :
Numéro : Rue :
Code postal : Commune :
☎ Domicile : Adresse courriel :
☎ Portable Père : ☎ Portable Mère :

1 - VACCINATIONS

Joindre une photocopie des pages **VACCINATIONS**, du carnet de santé

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|--------------------------------|-------|
| DIPHTERIE | | | | HEPATITE B | |
| TETANOS | | | | RUBEOLE - OREILLONS - ROUGEOLE | |
| POLIOMYELITE | | | | COQUELUCHE | |
| ou DT POLIO | | | | AUTRES (préciser) | |
| ou TETRACOQ | | | | | |
| BCG | | | | | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indications

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNES CONTRE-INDICATION.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice**)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'enfant à t'il déjà eu :

ANGINES oui non

ASTHME oui non

CONVULSIONS oui non

VARICELLE oui non

COQUELUCHE oui non

ROUGEOLE oui non

RHUMATISMES oui non

OREILLONS oui non

SCARLATINE oui non

RUBÉOLE oui non

Autres :

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES oui non ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-DESSOUS :

Les difficultés de santé (Maladie, accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les dates, et les **précautions à prendre**.

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

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant viendra-t-il au stage avec :

Une prothèse dentaire : oui non

Quand doit-il la porter ?

Des lunettes : oui non

Quand doit-il les porter ?

Autres :

Ces renseignements sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à mentionner tous les éléments complémentaires qui permettront d'apporter le meilleur confort physique, et moral, à votre enfant pendant le séjour :

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

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

demeurant :

.....

Nom et Tél. du Médecin traitant (facultatif) :

N° de Sécurité Sociale :

Caisse :

(Joindre une photocopie de l'attestation des droits en cours, de Sécurité Sociale)

N° de Mutuelle (éventuellement) :

Organisme :

GARANTIE : RAPATRIEMENT / TRANSPORT SANITAIRE

Cette prestation est assurée par **EUROP ASSISTANCE**, et est incluse dans la licence FFC.

(Voir le tableau récapitulatif des garanties, joint en annexe)

Agissant en qualité de responsable légal de l'enfant : Père Mère Tuteur légal

Déclare exacts les renseignements portés sur la **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**, et :

AUTORISE **N'AUTORISE PAS** la **Directrice** du séjour, Madame **Dany SOUTO**, représentant l'**USC CYCLISME**, à prendre le cas échéant, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant (Nom et Prénom), sur avis médical, toutes mesures (traitement médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale), y compris l'anesthésie, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à, le

Signature