

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	ETAT CIVIL DE LA NAGEUSE OU DU NAGEUR	
	NOM :	PRENOM :
	DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / ___ SEXE : G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LA NAGEUSE OU LE NAGEUR

Les vaccins sont-ils à jour ? OUI NON

Si la nageuse ou le nageur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

Y a-t-il un traitement médical à suivre pendant le séjour ? OUI NON

**Si oui joindre une ordonnance récente (moins de deux mois) et les médicaments correspondants
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de la nageuse ou du nageur avec la notice)**

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

ALLERGIES :

ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	AUTRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

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

La nageuse ou le nageur a-t-elle ou il eu les maladies suivantes

Varicelle	Coqueluche	Rubéole	Rougeole	Otites	Oreillons	Angines	Scarlatine	Rhumatisme
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)
précisez les dates et les précautions à prendre

Opération de l'appendicite : OUI NON

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Porte-t-elle ou il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc... **PRECISEZ**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de la nageuse ou du nageur.

Signature du représentant légal :	Signature de la nageuse ou du nageur:
-----------------------------------	---------------------------------------