

# SPECTAMBUL

## École de cirque de COLOMIERS

### Association loi 1901

À REMPLIR ET À IMPRIMER

L'ÉLÈVE

## FICHE SANITAIRE

### Saison 2022-2023

Nom:

Prénom:

Né(e) le:

Sexe : F  M

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'élève)

**SPECTAMBUL n'acceptera pas de photocopie**

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autre	
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ÉLÈVE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

L'élève suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui, lequel ?

A TITRE INDICATIF, L'ÉLÈVE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :** ASTHME Oui  Non  MÉDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES

**EN CAS D'ALLERGIE, PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :**

  
  

**INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :**

  
  

### 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

L'ÉLÈVE PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui  Non   
DES LUNETTES : Oui  Non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'élève)  
DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui  Non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'élève)  
DES PROTHÈSES ou un APPAREIL DENTAIRE : Oui  Non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'élève)

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ :

  

### 4 – COORDONNÉES

POUR LES MINEURS, NOM DU RESPONSABLE LÉGAL :

POUR LES MINEURS, PRÉNOM DU RESPONSABLE LÉGAL :

ADRESSE :

CP :  VILLE :

TÉL. FIXE DOMICILE :  TÉL. BUREAU :  TÉL PORTABLE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné(e), , l'élève, ou son responsable légal pour les mineurs, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'élève, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :