

SPECTAMBUL

École de cirque de COLOMIERS

Association loi 1901

À REMPLIR ET À IMPRIMER

FICHE SANITAIRE Saison 2023-2024	L'ÉLÈVE
	Nom: <input type="text"/>
	Prénom : <input type="text"/>
	Né(e) le : <input type="text"/>
	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

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

SPECTAMBUL n'acceptera pas de photocopie

<u>VACCINS OBLIGATOIRES</u>	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	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 :