

SPECTAMBUL

École de cirque de COLOMIERS

Association loi 1901

À REMPLIR ET À IMPRIMER

FICHE SANITAIRE Saison 2021-2022	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

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

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 :