

## FICHE SANITAIRE

### 1) Mineur accueilli

Nom .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

### 2) Responsable(s) du mineur

Nom .....

Prénom : .....

Qualité : .....

Téléphone : .....

Nom .....

Prénom : .....

Qualité : .....

Téléphone : .....

Nom et téléphone du Médecin traitant :

### 3) Renseignements médicaux

a/ Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires :	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	Préciser à quoi :
Allergies médicamenteuses :	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	Préciser à quoi :
Autres allergies :	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	Préciser à quoi :
Asthme :	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	
Diabète :	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie :	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	
Troubles alimentaires :	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	Préciser lesquels :
Autres :	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	Préciser :

b/ Le mineur suit-il un traitement médical régulier? NON ☐ OUI ☐

Si oui, merci de nous fournir le traitement nécessaire ainsi que sa posologie.

Je soussigné(e), ..... responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du stage de VTT à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état du mineur, en cas d'intervention des pompiers et/ou d'hospitalisation par exemple. L'équipe vous avertira au plus tôt de tout problème de santé.

Date :

Signature :

### Pièces à joindre

- Photocopies de toutes les pages de vaccination du carnet de santé
- Ordonnance de délivrance de Doliprane et/ou Smecta en cas de nécessité