

## FICHE SANITAIRE

### **1) Mineur accueilli**

Nom .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

### **2) Responsable(s) du mineur**

Nom .....

Nom .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Qualité : .....

Qualité : .....

Téléphone : .....

Téléphone : .....

Nom et téléphone du Médecin traitant :

### **3) Renseignements médicaux**

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

Allergies alimentaires :      NON            OUI            Préciser à quoi :

Allergies médicamenteuses :      NON            OUI            Préciser à quoi :

Autres allergies :      NON            OUI            Préciser à quoi :

Asthme :      NON            OUI     

Diabète :      NON            OUI     

Epilepsie :      NON            OUI     

Troubles alimentaires :      NON            OUI            Préciser lesquels :

Autres :      NON            OUI            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