

FICHE SIGNALÉTIQUE MÉDICALE
A COMPLÉTER ET REMETTRE LE JOUR DE L'ARRIVÉE AU STAGE

Renseignements sur le stagiaire

Nom
 Prénom
 Adresse.....
 N° Bte.....
 Code postal Localité.....
 Tél.
 Né(e) le

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom
 Prénom
 Adresse.....
 N° Bte.....
 Code postal Localité.....
 Tél.

Nom
 Prénom
 Adresse.....
 N° Bte.....
 Code postal Localité.....
 Tél.

Le signataire de cette fiche

- Certifie que le (la) stagiaire est apte physiquement à pratiquer les activités sportives.
- Autorise le stagiaire à participer au stage mentionné sous rubrique sous ses différentes formes sportives.
- Certifie l'exactitude des renseignements donnés.
- -Décharge « *Nom de l'école de pêche* » de toute responsabilité pour un accident qui serait dû à un trouble fonctionnel antérieur à la pratique sportive concernée.
- S'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques engagés par « *Nom de l'école de pêche* »

Date et signature du parent ou tuteur légal

Renseignements médicaux

Carte S.I.S. de l'enfant
 + 2 vignettes de mutuelle

Les renseignements ci-dessous seront communiqués au médecin en cas de maladie :

Groupe sanguin RH.....

Vaccin contre le tétanos (fortement conseillé)

OUI/NON Si oui, date

Sérum antitétanique

OUI/NON Si oui, date

Réactions allergiques

OUI/NON Si oui, à quoi ?

Le stagiaire est-il sujet :

- à des crises nerveuses OUI/NON
- à des syncopes OUI/NON
- à des crises d'asthme OUI/NON
- au diabète OUI/NON
- à des crises de somnambulisme OUI/NON
- à l'incontinence OUI/NON

Le stagiaire a-t-il eu

- une commotion cérébrale OUI/NON Date
- une fracture du crâne OUI/NON Date

Des récentes visites médicales ont-elles révélé :

- des variations de tension ' OUI/NON
- des difficultés cardiaques OUI/NON

Le stagiaire a-t-il eu?

- des entorses récentes OUI/NON Date
- des fractures OUI/NON Date

Le stagiaire est-il sujet à d'autres maladies ?

Précisez lesquelles :

.....

Le stagiaire est-il en possession de médicaments lors du stage ? Si oui, lesquels

.....

Médecin traitant

Nom

Prénom

Adresse.....

N° Bte.....

Code postalLocalité

Tél.