

DOSSIER D'INSCRIPTION



Stage Ecole de Tri - CSRA Vacances de le Toussaint 2021

Le dossier et le chèque sont à donner à Estelle, Marie ou Vincent lors d'un entraînement. Le tout avant le 15/10/2021.

Renseignements

Renseignements

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Nationalité :

Adresse :

Code postale : Ville :

Numéro de téléphone portable :

Numéro de téléphone fixe :

Adresse mail :

Numéro de licence :

Fiche sanitaire de liaison pour les mineurs

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par l'ASPTT Mulhouse Triathlon. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre **une ordonnance** récente et **les médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....
.....
.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

.....
.....
.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluches <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....
.....

4 – Pass sanitaire :

Les enfants de plus de 12 ans et 2 mois présenteront un Pass sanitaire le 1^{er} jour de stage (Certificat de vaccination, Test PCR ou antigénique de moins de 72h ou preuve de rétablissement).

5 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE** **NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif)**.....

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : **(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Je joins le règlement par chèque à l'ordre de ASPTT Mulhouse Triathlon : 100€ Licencié ASPTT Mulhouse Tri

200€ Npn licencié

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :