



Fédération Française de Spéléologie

Comité Départemental de Spéléologie de la Drôme

Fiche Sanitaire

Année 2023/2024

1°/ Renseignement concernant l'enfant

Nom & Prénoms :

Adresse Mail :

Date et lieu de naissance :

Poids & taille :

Sexe :

Club éventuel :

Adresse de résidence :

Téléphone :

2°/ Renseignement concernant la famille

Nom & Prénoms du père :

Profession et adresse de l'employeur :

Nom et prénoms de la mère :

Profession et adresse de l'employeur :

Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve) Célibataire Concubinage (Rayer les mentions
inutiles)

3°/ Renseignement concernant le responsable légal

Père

Mère

Tuteur

Autre (préciser)

Nom & Prénoms :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

4°/ Renseignement Médicaux

Informations complémentaires (Lunettes, lentilles, prothèses diverses...etc):
.....

Allergie(s) : OUI NON Si oui laquelle :
.....
.....

Intolérance alimentaire : OUI NON Si oui laquelle :
.....
.....

le mineur présente-t'il un problème de santé si oui préciser OUI NON
.....
.....
.....

Traitement Médical : OUI NON Si oui préciser :.....
.....
.....

Dans ce cas joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun Médicament ne pourra être administré sans ordonnance .

Pass Sanitaire : OUI NON

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

5°/ Attestation parentale

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant,

Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise la (les) personne(s) référente(s) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de cet enfant.

J'ai bien compris que mon enfant pourra être pris en photo dans le cadre de ses activités. (Ces clichés peuvent être publiés dans les journaux et sur site internet du CDS 26).

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile.

OUI

NON

J'autorise mon enfant accompagnée d'un parent ou d'une personne référente de l'EDS 26 à rentrer à son domicile avec un véhicule motorisé

OUI

NON

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant en votre absence

Nom & Prénom :

Tél. :

Nom & Prénom :

Tél. :

Nom & Prénom :

Tél. :

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom & Prénom :

Tél. :

Nom & Prénom :

Tél. :

Date et signature du/des représentant(s) légal(s) :