
1. Autorisation parentale

Je soussigné(e), Madame, Monsieur..... autorise mon fils / ma fille à participer au stage régional Optimist, Rs Feva et Tyka organisé au Havre par la Ligue de Voile de Normandie, du 7 au 11 avril 2025.

J'autorise les responsables du stage à faire effectuer toute intervention médicale susceptible de d'être nécessaire.

Fait à

Signature :

Le

2. Transport

Je soussigné(e), Madame, Monsieur..... autorise les différents intervenants ou responsables du stage à transporter mon fils / ma fille lors de déplacements relatifs aux différents événements ou activités organisés pendant le stage Optimist, Rs Feva et Tyka organisé au Havre par la Ligue de Voile de Normandie, du 7 au 11 avril 2025. Ces déplacements, s'il y en a, s'effectueront à bord des véhicules des structures concernées (clubs ou ligue).

Fait à

Signature :

Le

Fiche sanitaire de liaison

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT SUIV-IL UN **TRAITEMENT MÉDICAL** PENDANT LE SÉJOUR ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire Aigü	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION), EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRE, ETC. PRÉCISEZ.

.....

.....