



Diocèse de Lille

Renseignements médicaux

À remplir par les parents de l'enfant (ou responsable légal) et à transmettre au responsable de club

Nom et prénom de l'enfant :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Groupe sanguin (si connu) :

L'enfant suit-il un traitement médical constant ? Oui Non (si oui joindre l'ordonnance)

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	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 contre-indication
Attention : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (entourez les maladies que l'enfant a déjà eu) : Rubéole – Varicelle – Angine - Rhumatisme articulaire aigu – Scarlatine – Coqueluche Otite - Rougeole - Oreillons.

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 précautions à prendre :

- Les recommandations utiles des parents, votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : / /

Signature :