

FICHE SANITAIRE

Conseil départementale de la Dordogne

Direction des Sports et de la Jeunesse

Tél : 05 53 02 02 80

Cd24.sport@dordogne.fr

Coordonnateur : Laure Dubernard

06 78 04 11 12

l.dubernard@dordogne.fr

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Fille : Garçon :

AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES ET DE VIDÉOS :

Nous autorisons OUI NON que l'École Départemental des Sports utilise, sur ses supports de communication, les photos et/ou les vidéos de mon enfant à des fins exclusives de promotion de ses activités et à des fins non commerciales*.

*Article 9 du code civil protège le respect de la vie privée qui peut être sanctionné par les articles 226-1 à 226-7 du code pénal pour atteinte à la vie privée et par les articles 226-8 et -9 du code pénal pour atteinte à la représentation de la personne.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rougeole Rubéole Oreillons Varicelle Coqueluche Scarlatine Covid-19

ALLERGIE

| | | | |
|---------------|---|------------------|---|
| ASTHME : | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | MEDICAMENTEUSE : | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ALIMENTAIRE : | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | AUTRES..... | |

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des :

Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses dentaires Autre.....

| RESPONSABLE 1 | RESPONSABLE 2 |
|---------------|---------------|
| Nom : | Nom : |

| | |
|----------------------|----------------------|
| Prénom : | Prénom : |
| Tel domicile : | Tel domicile : |
| Tel travail : | Tel travail : |
| Portable : | Portable : |
| E-mail : | E-mail : |

AUTORISATION PARENTALE

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher mon enfant en cas d'indisponibilité du représentant légal (présentation d'une pièce d'identité) :

Nom, Prénom :Téléphone :

Nom, Prénom :Téléphone :

Nom, Prénom :Téléphone :

MÉDECIN

Nom, Prénom du médecin traitant :

Téléphone :

EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident, mon enfant sera dirigé par les secours :

- Vers centre hospitalier
(si hôpital, préciser le nom)

OU

- Vers clinique
(si clinique, préciser le nom)

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.



Date :

Signature :