|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jeune** | | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | | Prénom : | | | | | |
| Né le : | | | | | A : | | | | | |
| Adresse : | | | | | | | | | | |
| Téléphone : | | | Mail : | | |  | | | | |
| Club : | | | | | N° de licence : | | | | | |
| Catégorie : | | | | | Entraîneur : | | | | | |
| Palmarès : | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |
| **Renseignements Parents ou responsable légal** | | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | Prénom : | | | | | | |
| Adresse : | | | | | | | | | | |
| Téléphone : | | | | | Mail : | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |
| **Renseignements administratifs** | | | | | | | | | | |
| Caisse de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | |
| N° de SS du jeune : | | | | | | | | | | |
| Mutuelle :  N° de mutualiste: | | | | | | | | | | |
| Assurance couvrant le jeune : | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |
| **Fiche sanitaire de liaison** | | | | | | | | | | |
| **Vaccinations** | | | | | | | | | | |
| BCG |  | | | BCG (Rappel) | | |  | | | |
| Antipoliomélitique |  | | | Antidiphtérique | | |  | | | |
| Antitétanique |  | | | Anticoquelucheuse | | |  | | | |
| Antirubéolique |  | | | Antityphoparatyroïdique | | |  | | | |
| Autres vaccins |  | | | Tests tuberculiniques | | |  | | | |
| **Renseignements médicaux**  **(Entourer les maladies que l'enfant a déjà eu)** | | | | | | | | | | |
| Rubéole | | Coqueluche | | | Varicelle | | | Otite | | |
| Angine | | Rougeole | | | Rhumatismes | | | Oreillons | | |
| Scarlatine | | Autres : | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |
| **Difficultés de santé à signaler (allergie, traitement médicaux)/recommandations :** | | | | | | | | | | |
| Nom du médecin traitant :  Tel : | | | | | | | | | | |

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………. responsable du jeune …………………………………………………., l'autorise à participer au stage de Printemps organisé par le comité départemental de tir à l'arc du 19 au 22 avril 2022.

J'autorise les responsables à prendre toutes les mesures médicales rendues nécessaires par l'état du jeune (hospitalisation, interventions chirurgicales).

En m’inscrivant à ce stage j’en accepte le règlement intérieur.

Fait le Signature des parents ou responsable légaux

A