



Maison des sports  
3 rue Aristide Briand  
33150 CENON

## AUTORISATIONS STAGE DE JUDO

NOM DE L'ENFANT : ..... PRENOM DE L'ENFANT : .....

Valable pour l'année civile

### 1- AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

J'autorise l'US Cenon à prendre toutes mesures jugées nécessaires en cas d'urgence :

OUI  NON

### 2- AUTORISATION DE TRANSPORT

J'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport de l'US Cenon :

OUI  NON

### 3- AUTORISATION DE DIFFUSION

J'autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités des vacances sportives et autorise la publication par l'US Cenon (site internet, plaquette...) :

OUI  NON

### 4- AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul après 17h :

OUI  NON

Remarques et observations :

Date et signature des parents :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON STAGE DE JUDO



CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 SEXE :  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

II. VACCINATIONS Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé : 3 pages (pages 65 à 67 sur les modèles de carnets récents).

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUÉS		DATES
	VACCINS PRATIQUÉS	DATES	
du DT polio	/ /	/ /	/ /
du DT coq	/ /	/ /	/ /
du Tétracoq	/ /	/ /	/ /
d'une prise polio Hépatite B	/ /	/ /	/ /

  

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS
1er VACCIN	/ /	/ /	/ /	/ /
REVACCINATION	/ /	/ /	/ /	/ /

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? \_\_\_\_\_

INJECTIONS DE SÉRUM

NATURE	DATES
_____	/ /
_____	/ /

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maadies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

\_\_\_\_\_ / /

\_\_\_\_\_ / /

\_\_\_\_\_ / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS : \_\_\_\_\_

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?  NON  OUI

SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

SIL'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?  NON  OUI

Coordonnées et numéro de téléphone du médecin traitant. \_\_\_\_\_

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ PRÉNOMS : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

N° DE TEL.	DOMICILE	PORTABLE DE : .....	PORTABLE DE : .....	BUREAU
N° DE SECURITE SOCIALE	ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____			

Assurance / Mutuelle : joindre le numéro ou une photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile qui couvre l'enfant et de l'attestation de mutuelle complémentaire des parents.

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : **Dojo de la morlette**  
**3 rue du docteur Roux**  
**33 150 Cenon**

ARRIVÉE LE : \_\_\_\_\_ DÉPART LE : \_\_\_\_\_

Cachez de l'organisme (siège social) : \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN  (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR  (qui indiquera ses nom et adresse)