

Cette fiche doit être consciencieusement remplie et signée

CAVALIER MINEUR			
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/> @ <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Tél	Tel. 1 <input type="text"/>	Tel. 2 <input type="text"/>	
Coordonnée(s) de la ou des personnes à contacter en cas d'urgence	Contact 1 :	Qualité : <input type="text"/>	
	Tel. 1 :	Tel. 2 : <input type="text"/>	
	Contact 2 :	Qualité : <input type="text"/>	
	Tel. 1 :	Tel. 2 : <input type="text"/>	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	
<p align="center">Fiche sanitaire</p> <p>- Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin - Groupe sanguin : <input type="text"/> Rhésus : <input type="text"/> - Vaccination (remplir à partir du carnet de santé, des certificats de vaccination ou joindre la copie des pages de vaccinations du carnet de santé).</p> <p>Précisez s'il s'agit :</p> <p><input type="checkbox"/> Diphtérie : date <input type="text"/> date rappel <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tétanos : date <input type="text"/> date rappel <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Poliomyélite : date <input type="text"/> date rappel <input type="text"/> Ou <input type="checkbox"/> DT Polio : date <input type="text"/> date rappel <input type="text"/> Ou <input type="checkbox"/> Tétracoq : date <input type="text"/> date rappel <input type="text"/> <input type="checkbox"/> BCG date 1^{ère} vaccin <input type="text"/> date revaccination <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Injection de sérum Nature <input type="text"/> date <input type="text"/> Nature <input type="text"/> date <input type="text"/></p> <p>Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? <input type="text"/></p> <p>L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Otites <input type="checkbox"/> Angines <input type="checkbox"/> Rhumatismes <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons</p> <p>Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p align="center">Vos Recommandations</p> <p>(Allergie, interdictions, contre-indications médicales, traitement en cours...) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Autorisation de baignade : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p align="center">Assurance</p> <p><input type="checkbox"/> Licence FFE : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Carte Vacances : <input type="text"/> <i>Coordonnées de Generali Cabinet PEZANT : 02 31 06 08 09</i></p> <p><input type="checkbox"/> Autre (nom de l'assureur et le n° de police d'assurance) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Club / Organisme Responsable	
Nom du Club : <input type="text"/>	
Adresse : <input type="text"/>	
Téléphone du Club : <input type="text"/>	
Nom du référent Club : <input type="text"/>	
Téléphone du référent Club : <input type="text"/>	