

FICHE SANITAIRE

SAISON 2019 - 2020



CETTE FICHE EST DESTINÉE AU MÉDECIN POUR LUI PERMETTRE DE CONNAÎTRE LES ANTÉCÉDENTS DE LA NAGEUSE, LES CONTRE-INDICATIONS ÉVENTUELLES À UN TRAITEMENT, LES PROBLÈMES PARTICULIERS.

NAGEUSE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

VACCINATIONS (A remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (précisez)	
ou Tétracoq					
BCG					

Si la nageuse n'est pas vaccinée, indiquez pourquoi :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LA NAGEUSE

LA NAGEUSE A-T-ELLE DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISMES	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	ASTHME
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ CI-APRÈS :

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX (interventions subies – date et nature) :

ANTÉCÉDENTS DE SUIVI KINÉ :

ANTÉCÉDENTS D'ÉPILEPSIE

OUI ☐

NON ☐

ALLERGIES

OUI ☐

NON ☐

MÉDICAMENTEUSES

OUI ☐

NON ☐

ALIMENTAIRES

OUI ☐

NON ☐

AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

RECOMMANDATIONS UTILES

(la nageuse porte-t-elle des lentilles, des bouchons d'oreille, une prothèse auditive, une prothèse dentaire, ...) :

DÉCHARGE

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. FIXE

PORTABLE

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e)⁽¹⁾,

personne majeure,

responsable légal de l'enfant⁽²⁾

, déclare exacts les

renseignements portés sur cette fiche et autorise le médecin consulté à prendre en cas d'urgence, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires.

Fait à Vélizy, le

Signature de l'adhérente précédée de la mention
manuscrite « Lu et approuvé »
(représentant légal pour les mineurs)

⁽¹⁾ NOM, PRÉNOM

⁽²⁾ RAYER LA MENTION INUTILE