



## FICHE MEDICALE NUC BADMINTON

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

agissant en qualité de : PERE – MERE – TUTEUR (\*) de l'enfant : \_\_\_\_\_

autorise toute personne mandatée par le NUC (*Responsable Club, Entraîneur, Accompagnateur*), à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, suite à un accident survenu lors d'un entraînement, de match ou toute forme d'exercice nécessaire au développement du badminton et sur tout parcours de liaison ou gymnase répondant aux besoins sportifs.

1. ENFANT : NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : Garçon – Fille (\*) Date de naissance : \_\_\_\_\_

2. VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Vaccins		Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
	oui	non			
Diphtérie				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Tétanos				Coqueluche	
Poliomyélite				Autres (préciser injection de Sérum)	
Ou DT polio				Hépatite B	
Ou Tétracoq				BCG	

### 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le stage/compétition ?            OUI            NON (\*)

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (\*)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire	Scarlatine	Oreillons	Rougeole	Otite	Coqueluche
OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON

ALLERGIES (\*) asthme : OUI - NON            médicamenteuses : OUI – NON            alimentaires : OUI - NON            autres (précisez) : .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :**

---

---

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** :

---

---

#### **4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, habitudes alimentaires,... Précisez :

---

---

#### **5. RESPONSABLE DE L'ENFANT / PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone Père : \_\_\_\_\_ Mère : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale de rattachement de l'enfant : \_\_\_\_\_

#### **NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)**

Si votre enfant possède une carte de groupe sanguin, il serait souhaitable qu'il la porte sur lui lors des déplacements (stages, compétitions) organisés par le comité.

*Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.*

*Date :*

*Signature :*

**(\*) RAYEZ LA/LES MENTION(S) INUTILE(S)**