

*Cette fiche doit être consciencieusement remplie et signée*

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	
<p align="center"><b>Fiche sanitaire</b></p> <p>- Sexe : <input type="checkbox"/> féminin    <input type="checkbox"/> masculin</p> <p>- Groupe sanguin : <input type="text"/> Rhésus : <input type="text"/></p> <p>- 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"/></p> <p><input type="checkbox"/> Tétanos : date <input type="text"/> date rappel <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Poliomyélite : date <input type="text"/> date rappel <input type="text"/></p> <p>Ou <input type="checkbox"/> DT Polio : date <input type="text"/> date rappel <input type="text"/></p> <p>Ou <input type="checkbox"/> Tétracoq : date <input type="text"/> date rappel <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> BCG date 1<sup>ère</sup> vaccin <input type="text"/> date revaccination <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Injection de sérum</p> <p>Nature <input type="text"/> date <input type="text"/></p> <p>Nature <input type="text"/> date <input type="text"/></p> <p>Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?</p> <p><input type="text"/></p> <p>L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?</p> <p><input type="checkbox"/> Rubéole    <input type="checkbox"/> Coqueluche    <input type="checkbox"/> Varicelle    <input type="checkbox"/> Otites</p> <p><input type="checkbox"/> Angines    <input type="checkbox"/> Rhumatismes    <input type="checkbox"/> Rougeole    <input type="checkbox"/> Oreillons</p> <p><b>Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :</b></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	<p align="center"><b>Vos Recommandations</b></p> <p>(Allergie, interdictions, contre-indications médicales, traitement en cours...)</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><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) :</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p align="center"><b>Assurance</b></p> <p><input type="checkbox"/> Licence FFE : <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Carte Vacances : <input type="text"/></p> <p>Coordonnées de Generali Cabinet PEZANT : 02 31 06 08 09</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (nom de l'assureur et le n° de police d'assurance) :</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
<p><b>Club / Organisme Responsable</b></p> <p>Nom du Club : <input type="text"/></p> <p>Adresse : <input type="text"/></p> <p>Téléphone du Club : <input type="text"/></p> <p>Nom du référent Club : <input type="text"/></p> <p>Téléphone du référent Club : <input type="text"/></p>	