# BRIVE HOCKEY CLUB
# Fiche de liaison 2022/2023

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la saison sportive.**

**L'ENFANT**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON ❑ FILLE ❑ CATEGORIE : _____

## 1 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la saison sportive ? 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | |
|---|---|---|---|---|
| OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | |
| **COQUELUCHE** | **OTITE** | **ROUGEOLE** | **OREILLONS** | **SCARLATINE** |
| OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ |

**ALLERGIES :**
ASTHME oui ❑ non ❑
MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑
ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑
AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....
.....
.....
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**
LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....

*Si vous souhaitez nous transmettre des informations confidentielles, vous pouvez si vous le souhaitez nous remettre une enveloppe fermée à l'attention du médecin. Ce pli sera conservé par le responsable d'équipe de votre enfant.*

## 2 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ❑ non ❑
DES LUNETTES : oui ❑ non ❑
DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ❑ non ❑
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ❑ non ❑
AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ

.....

## 3 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

**PERE :** NOM..... PRÉNOM .....
ADRESSE.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....

**MERE :** NOM..... PRÉNOM .....
ADRESSE.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....

**MÉDECIN TRAITANT** : .....
ADRESSE.....
TÉL.: .....

*Je soussigné(s), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe de dirigeant ou le responsable d'équipe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.*

Date : Signature :