BRIVE HOCKEY CLUB
Fiche de liaison 2024/2025

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 :