



BRIVE HOCKEY CLUB

Fiche de liaison 2026/2027

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 AIGÛ	
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 ☐
MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐
AUTRES

PRÉCISEZ 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 :