**Jeune Arbitre**

 **FICHE SANITAIRE**

(Informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité en cas d’accident)

***L’enfant*** : NOM : ……………………………………………………………. Prénom : ……………………………………..

Date de naissance : …………………………… Sexe : …………………………………

Tél portable :………/………/………/………/………

***Responsables Légaux de l’enfant :***

* Légal 1 : NOM : ………………………………………………………….. Prénom : ………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Tél portable : ………./…..…./…..…./…….../……...

Mail : …………………………………………………………………………………….

* Légal 2 : NOM : ……………………………………………………...... Prénom : …………………………………….

Adresse si différente : …………………………………………………………………………………..

Tél portable : ………./…..…./…..…./…..…./…..….

Mail : …………………………………………………………………..

N° de Sécurité Sociale du parent responsable : ………………………………………………………………

***Renseignements concernant l’enfant :***

* L’enfant présente-t-il une allergie alimentaire ? OUI – NON

Si oui, à quoi est-il allergique ?.....................................

Cette allergie nécessite-t-elle une trousse d’urgence ? OUI – NON

* Votre enfant présente-t-il une autre maladie nécessitant la prise de médicament tous les jours ou en cas d’urgence ? OUI – NON Si oui, laquelle ? ……………………………………….

 Le médecin vous a –t-il prescrit une trousse d’urgence pour cette maladie ? OUI - NON

***Vaccinations***: (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant)

* Date du dernier vaccin antitétanique : ………………………….………..…… (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Nom du médecin traitant : ………………………….………………………………… Tél : ….……/….……/…..…../…..…../…..…..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….

***Informations complémentaires***:

* Mon enfant porte : \* des lunettes : OUI – NON, (au besoin, prévoir un étui au nom de l’enfant)

 \*des lentilles : OUI – NON

Autres recommandations, précisez : ………………………………………………………………………………….

***Eviction alimentaire :***

Mon enfant ne mange : pas de viande de porc, pas de viande, pas de ………………………..

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………. responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la personne responsable sur place à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou un service d’urgence seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.

Fait à …………………………………………………. Signature :

Le …………………………….