|  |
| --- |
| Dossier médical |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : | |  | | --- | |  | |
| Prénom : | |  | | --- | |  | |
| Age : | |  | | --- | |  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Séjour du : |  | au : |  | | |

|  |
| --- |
| Certificat médical : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je soussigné, Docteur | |  | | --- | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| certifie que Mme., Mlle., M. | |  | | --- | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| né (e) le | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |

ne présente aucun danger de contagion et est médicalement apte à la vie collective et à la pratique des activités suivantes :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Ski alpin | Voile | Plongée | VTT | Escalade | Randonnée |

(Cocher chaque activité concernée)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fait à | |  | | --- | |  | |
| le | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |

Signature et cachet (obligatoire) du médecin consulté pour validation:

|  |
| --- |
| Fiche sanitaire de liaison : |

Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Typhoïde |  Scarlatine |  Otite |  Oreillons |
|  Rhumatismes |  Asthme |  Rougeole |  Rubéole |
|  Coqueluche |  Varicelle |  Angine |  |
| Autres maladies : | |  | | --- | |  | | | |
| Allergies : | |  | | --- | |  | | | |

Dates des vaccinations ou injections subies (joindre photocopies)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BCG | |  | | | |
| IDR | |  positive | |  négative | |
| Date du virage : | | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | | | |
| Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche : | | | | | |  | | --- | |  | |
| Sérums : | |  | | --- | |  | | | | | |
| Contre-indications : | | | |  | | --- | |  | | | |

Si des contre-indications médicales existent éventuellement les parents doivent demander à leur médecin traitant de les indiquer sur le certificat médical

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’enfant suit-il actuellement un traitement ? | |  oui |  non |
| Si oui, lequel | |  | | --- | |  | | | | |

dans ce cas n’oubliez pas de joindre l’ordonnance aux médicaments.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Consignes particulières : | |  | | --- | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fait à | |  | | --- | |  | |
| le | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |

Signature et cachet (obligatoire) du médecin consulté pour validation: