|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 13èmes Jeux de la CJSOIDu 31 juillet au 10 août 2025 aux Seychelles**FICHE MEDICALE****Délégation de LA REUNION** |  |

**FICHE 2**

NOM:

PRÉNOM: DATE DE NAISSANCE:

GARÇON 

FILLE 

***Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du participant.***

1. - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du participant).

Joindre **OBLIGATOIREMENT** la copie du carnet de vaccination ou une attestation du médecin traitant précisant que le mineur est à jour de ses vaccinations obligatoires.

**Attention :** le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE PARTICIPANT

Le participant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui □ non □

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom du participant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.

# Le participant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | OREILLONS | SCARLATINE |
| oui □ non □ | oui □ non □ | oui □ non □ | oui □ non □ | oui □ non □ |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ |
| oui □ non □ | oui □ non □ | oui □ non □ | oui □ non □ |

**Allergies : ASTHME** oui □ non □ **ALIMENTAIRES** oui □ non □ **MEDICAMENTEUSES** oui □ non □

**AUTRES**

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

# Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

# Recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.)

# Précisez.

**BAIGNADE : 🞎** SAIT NAGER **🞎** SE DEBROUILLE **🞎** NE SAIT PAS NAGER

# Observations diverses :

## – PERSONNE A CONTACTER :

Tuteur 

Père 

Mère 

NOM PRÉNOM ADRESSE

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail: Père : domicile : portable : travail:

Tuteur: domicile : portable : travail:

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J’autorise également, si nécessaire, la cheffe de délégation en lien avec l’équipe médicale à faire sortir mon enfant de l’hôpital après une hospitalisation.

# Médecin traitant :

Nom : Tél :

Date : Signature du responsable légal :