



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON – STAGE 24/08 AU 28/08/2026

Merci de compléter scrupuleusement cette fiche, puis de la transmettre pour validation de l'inscription au plus tard le 03/08/2026

**comite-aube-judo@wanadoo.fr ou par courrier à Comité Aube Judo 63 Av Pasteur 1000 TROYES**

Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement aux Responsables et le cas échéant, aux services médicaux.

Cadre à compléter par le responsable du séjour	Identité du stagiaire
STAGE AOUT 2026 Séjour du 24 AU 28/08/2026 Lieu du Séjour : GIFFAUMONT Responsable : JEREMY ANDRES	Nom :  Prénom :  Date de naissance :

N° de sécurité sociale :  
Mutuelle :

Renseignements concernant les responsables légaux de l'élève	
<i><b>Père / Tuteur Légal</b></i>	<i><b>Mère / Tuteur Légal</b></i>
Nom : Prénom : Adresse complète :	Nom : Prénom : Adresse complète :
Coordonnées téléphoniques : Domicile : Mobile : Travail :	Coordonnées téléphoniques : Domicile : Mobile : Travail :
Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes) :	

Renseignements médicaux concernant l'élève	
L'élève suit-il un traitement médical ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  <b>Si oui,</b> <u>Merci de joindre l'ordonnance à jour avec la provision de médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)</u>
<b>Nous vous rappelons qu'aucun médicament délivré sur ordonnance ne pourra être administré à l'élève sans ordonnance.</b>	
L'élève a-t-il des allergies ? (Médicamenteuse, alimentaire...)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, à préciser :
En cas d'allergie : quelle est <b>la conduite à tenir</b> ? (Protocole de soins, traitements...) :	

Antécédents chirurgicaux :	Antécédents médicaux :

Vaccinations :
Date du dernier rappel concernant le : DT/Polio : ROR : Autres :

Nom et coordonnées du médecin traitant de l'élève :
Docteur : Adresse :  Téléphone :

Engagement des responsables légaux :	
<i>Père :</i>	<i>Mère :</i>
<p>Je soussigné _____ ,            responsable légal de l'enfant _____ ,            déclare exacts les renseignements portés sur            cette fiche.</p> <p>J'autorise par la présente le responsable du stage            à prendre, le cas échéant, toutes mesures            (traitement médical, hospitalisation,            intervention chirurgicale) rendues nécessaires            par l'état de mon enfant.</p> <p><b>Date :</b> _____                      <b>Signature :</b> _____</p> <p><b>Droit à l'image :</b>            J'autorise les responsables du stage à utiliser les images            du stage pour les besoins de sa communication            OUI <input type="checkbox"/>    NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Je soussigné _____ ,            responsable légal de l'enfant _____ ,            déclare exacts les renseignements portés sur            cette fiche.</p> <p>J'autorise par la présente le responsable du stage            à prendre, le cas échéant, toutes mesures            (traitement médical, hospitalisation,            intervention chirurgicale) rendues nécessaires            par l'état de mon enfant.</p> <p><b>Date :</b> _____                      <b>Signature :</b> _____</p>