

## Fiche sanitaire Camp Vélo

Nom :

Prénom :

F / M

Date de Naissance :

Date du vaccin DTP (Obligatoire) :

\_\_/\_\_/20\_\_

### Responsables de l'enfant

Nom Père :

Nom Mère :

Prénom :

Prénom :

Tél :

Tél :

N° Assurance responsabilité civile :

L'enfant prend-il un traitement médical quotidien au moment du camp ? (si oui, joindre une ordonnance avec les médicaments)

Oui

Non

L'enfant souffre-t-il d'allergies ? si oui lesquelles ?

Oui

Non

En cas de problème respiratoire type asthme, conserver les médicaments à portée de main au cas où il faudrait intervenir lors du trajet.

Merci de vous assurer que le vélo n'est pas contre indiqué dans le cas de l'enfant.

Conseils particuliers concernant la santé de votre enfant :

Date et Signature des Parents :