



FICHE PILOTE

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (si différente) :

.....

Numéros de téléphone :

Mère : Mme Père : Mr

Domicile : - - - - . Domicile : - - - - .

Portable : - - - - . Portable : - - - - .

Travail : - - - - . Travail : - - - - .

Email (infos/correspondances) :

Autre en cas d'urgences :

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), responsable légal de
autorise :

✓ mon enfant à pratiquer l'activité du BMX et
ne présente aucune contre-indication

OUI NON

✓ l'entraîneur à toutes initiatives en cas d'accident
(informer SAMU et évacuer vers les urgences)

OUI NON

✓ mon enfant à quitter la piste SEUL après l'entraînement

OUI NON

✓ mon enfant à être pris en photo

OUI NON

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS | | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|----------------------------|-----|-------------------------------|-------|
| | oui | non | | |
| Diphtérie | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Poliomyélite | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | |
| BCG | | | | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication (le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical permanent ? oui non
(si oui joindre une ordonnance récente)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES :

- Asthme oui non
- Médicamenteuses oui non
- Alimentaires oui non
- Autres :

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

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

- indiquez si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....
- les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, en précisant les précautions à prendre si besoin.)

.....

*Je soussigné(e), responsable légal de
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.*

Date : Signature :
 « lu et approuvé »