

# Fiche sanitaire



Nom de l'enfant (Last name)\* : \_\_\_\_\_ Prénom (First name)\* : \_\_\_\_\_

Numéro de Stage: \_\_\_\_\_ Date et lieu de naissance (Date and place of birth): \_\_\_\_\_

Recommandation des responsables (Guardians comments)\* :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?\* (Is the child currently under treat)  non  oui

Si oui, lequel ? (if so that?): \_\_\_\_\_

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

(If the child is under treat, don't forget to provide the perscription with the medication)

L'enfant mouille-t-il son lit ? (Does the hil wet his bed ?)  non  oui

occasionnellement (occasionally)  non  oui

Documents sanitaires à fournir impérativement à l'inscription: photocopies d'attestation Vitale et de la Carte Mutuelle

Nom et Tel. du medecin traitant\*:

Observation et soins dispensés en cours de séjour.(Réservé à la direction - for management use only)

État constaté	Date	Soins dispensé	Par

\* mention obligatoire

## PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS A LA FIN DU STAGE

Je soussigné(e) (I, the undersigned), Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_

autorise Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_ à venir chercher mon enfant à la fin du stage.

Nom (Last Name): \_\_\_\_\_ Prénom (First name): \_\_\_\_\_

agissant en qualité de père / mère / tuteur ou responsable<sup>(1)</sup> (Acting as father / mother / guardian<sup>(1)</sup>).

<sup>(1)</sup> Rayer les mentions inutiles (cross out what doesn't apply).

## AUTORISATION\*

- Autorise la Direction du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales en cas de nécessité. (Authorize the camp management to obtain emergency medical care and transportation for my child, should the need arise).
- M'engage à rembourser sur présentation des justificatifs les frais médicaux avancés par Cap Girondins. ( Will pay back on presentation of written proof any medical expense advanced by Cap Girondins ).
- Déclare avoir pris connaissance du prix total du séjour et m'engage à verser cette somme. ( Have read the camp pricing and agree to honor the obligation of paying same ).
- Autorise la Direction à éventuellement utiliser, pour des raisons professionnelles, les photos ou films pris avec mon enfant lors du stage, dans le respect de ses droits. ( Authorize the camp management to eventually use, for professional purposes, the photography of my child, in respect of his right ).

" Lu et approuvé " ( Read and approved ) à ( at ) : le ( date ) :

Signature:

- J'accepte de recevoir des informations, des offres, des services du FC Girondins de Bordeaux et de ses partenaires.
- Je souhaite recevoir, sur mon téléphone mobile, des informations sur le FC Girondins de Bordeaux et de ses partenaires.

# Fiche sanitaire



## VACCINATIONS ( Immunization records )\*

Le stagiaire est-il à jour de ses vaccinations ?                    oui                     non

Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication                   

Si l'enfant n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## MALADIES ( Diseases )\*

Varicelle (Chickenpox)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Coqueluche(whooping cough)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Oreillons (Mumps)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Rubéole (Rubella)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Scarlatine (scarlet fever)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Rougeole (Measles)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Angine (Angina)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Otite (Ear infection)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Asthme (Asthma)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

**Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation) / **Detail any other health problems** (such as illnesses, accidents) : \_\_\_\_\_

En acceptant de nous communiquer ces données facultatives, vous consentez expressément à leur utilisation dans le cadre de démarches médicales que nous pourrions être amenés à engager à l'égard de votre enfant.

Les données que vous communiquez au FC Girondins de Bordeaux, Rue Joliot Curie, CS10033, 33187 Le Haillan - RCS B 382 034 189 sont nécessaires au traitement de votre inscription.

Elles sont exclusivement destinées au Service CAP-GIRONDINS dans le cadre de l'organisation des stages de football.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée par la loi du 6 Août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données à caractère personnel vous concernant.

Ce droit d'accès peut-être réalisé en écrivant à [cil@girondins.com](mailto:cil@girondins.com) en nous indiquant votre nom, prénom, adresse email, date et lieu de naissance. Conformément à la réglementation en vigueur, votre demande doit être signée et accompagnée de la photocopie d'un titre d'identité portant votre signature.