

FICHE DE LIAISON – FICHE SANITAIRE



INFORMATIONS DU MINEUF ET AUTORISATION PARENTALE

Nom et prénom du mineur : _____ Date de naissance : _____
 Numéro de sécurité social : _____

Nom et prénom du responsable légal : _____ Portable : _____
 Adresse : _____

Autorisation parentale

"Je soussigné(e) _____ agissant en qualité de père mère tuteur légal
 autorise le mineur nommé _____, né le _____, à participer au stage de formation de
 pilotage de planeurs organisé par l'Association Aéronautique du Val d'Essonne qui se déroulera du _____ au _____

Date et signature : _____

Nom du médecin traitant: _____ Téléphone : _____
Joindre obligatoirement un certificat médical aéro ou de non contre-indication à la pratique du vol

VACCINATIONS - Joindre obligatoirement une copie du carnet de santé ou un certificat de vaccinations

Vaccins obligatoires pour tous les mineurs	Vaccins recommandés pour tous les mineurs nés avant le 01/01/2018 et obligatoires pour ceux nés après cette date	Vaccins recommandés dans certaines situations
- Diphtérie - Tétanos - Polimyélite	- Coqueluche - Hépatite B - Infections à Haemophilus influenza B - Infections invasives à méningocoque du séro groupe C - Infections à pneumocoque - Oreillons - Rougeole - Rubéole	- Grippe saisonnière - Hépatite A - Infections à papillomavirus humains - Tuberculose - Varicelle

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Allergie :	Médicamenteuses	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :
	Alimentaires	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :
	Asthme	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	
	Autre	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :
Problème de santé particulier :		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si oui, lequel :
Maladie chronique :		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :
Antécédents médicaux :		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :
Opérations chirurgicales :		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles :
Suivi d'un traitement médical :		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si oui, joindre une ordonnance

Dans le cas d'un traitement médical, le mineur ne pourra sous aucun motif conserver ledit traitement dans ses effets personnels et se l'administrer par lui-même.

Autorisation parentale en cas de traitement

"Je soussigné(e) _____ agissant en qualité de père mère tuteur légal
 du mineur nommé _____, né le _____, autorise l'Association Aéronautique du
 Val d'Essonne à l'aide à la prise de médicaments consignée sur l'ordonnance du médecin".

Date et signature : _____

RECOMMANDATIONS OU OBSERVATIONS EVENTUELLES DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL, le cas échéant

PIECES A JOINDRE :

- Certificat médical aéro ou de non contre-indication à la pratique du vol ,
- Copie du carnet de santé ou d'un certificat de vaccination ,
- Ordonnance(s), accompagnée(s) du dépôt des médicaments dans leur(s) emballage(s) d'origine avec leur notice, à l'encadrement.

Fait à :

Le :

Signature précédée de la mention "sincère et véritable" :