

## FICHE DE LIAISON - FICHE SANITAIRE

### INFORMATIONS DU MINEURS 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 (rayer les mentions inexactes) 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 - Polymyélie	- 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 (rayer les mentions inexactes) 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" :