

CIJ et CJSOI

NOM Prénom / Name, First Name:		Pays/ Country:	
		Sexe/ Sex: M F	
Date de Naissance / Date of birth :		Téléphone /Phone :	
Adresse /Address:			
Médecin traitant / Family Doctor:			
Discipline / Sport:		Fonction / Function :	
ANTECEDENTS (PAST HISTORY)			
Personnels / Personal		Médicaux / Medical :	Groupe Sanguin / Blood Group
		Chirurgicaux /Surgical :	
Familiaux / Family history:			
Traitement en cours / Current Treatment :			
Allergies (alimentaires, médicamenteuses...) / Allergies (food, medicine...)			
Asthme / Asthma :			
VACCINATIONS			
Vaccins / Vaccines:		Dernier rappel / last vaccine:	Vaccins / Vaccines: Dernier rappel / last vaccine:
DTCP Hépatit		Fièvre jaune / yellow fever	
REMARQUES - REMARKS / NOTICE - RECOMMENDATIONS			
Alimentation / Diet		Végétarien / Vegetarian	Pas de porc / No pork Pas de bœuf / no beef
AUTORISATION PARENTS (PARENTS AUTHORISATION)			
Je soussigné..... responsable de			
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.			
I undersignedresponsible party of			
declare exact the information in this form and authorize the person in charge of the delegation to take necessary measures for the benefit of the child.)			
CONCLUSION :			
Pas de contre indication médicale à la pratique du sport ou accompagnement de sportifs No medical contra indication in participation in sports, officiating or travelling with athletes			
DATE, SIGNATURE et CACHET du MEDECIN		SIGNATURE des PARENTS OU TUTEUR	
(DATE, SIGNATURE and SEAL of DOCTOR)		(SIGNATURE of PARENT OR GUARDIAN)	