

Carnet de Vie et de Liaison Airsoft



FÉDÉRATION FRANÇAISE D'AIRSOFT

Tous droits réservés ©, utilisation
soumis à conditions.
www.ffaisoft.org



FÉDÉRATION FRANÇAISE D'AIRSOFT

SAISON 2017

Correspondances

Date	Commentaires	Visa
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

FÉDÉRATION FRANÇAISE D'AIRSOFT

FICHE SANITAIRE

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio Autres (préciser)				Si	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

L'enfant suit-il un **traitement médical** régulier ? Oui - Non

Si oui préciser :

Problème de santé (Asthme, Allergie, autre) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FÉDÉRATION FRANÇAISE D'AIRSOFT

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, prénom, qualité), _____
 _____ en cas d'accident de (NOM, prénom du licencié)

Autorise par la présente :


- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable de l'association, du Comité ou de la FFA :
 - À prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
 - À reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à :

Le: _____
 FÉDÉRATION FRANÇAISE D'AIRSOFT

Signature :

Correspondances

Date	Commentaires	Visa
	 FÉDÉRATION FRANÇAISE D'AIRSOFT	

Correspondances

Date	Commentaires	Visa
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Coordonnées des personnes à joindre en cas d'accident :

Personnes 1 :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

Personnes 2 :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____


Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

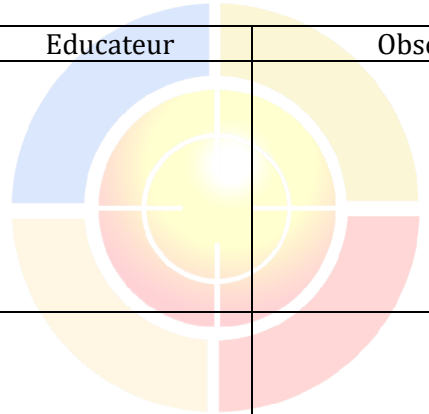
Téléphone : _____

Correspondances

Date	Commentaires	Visa
	<div style="text-align: center;">  </div>	

FÉDÉRATION FRANÇAISE D'AIRSOFT

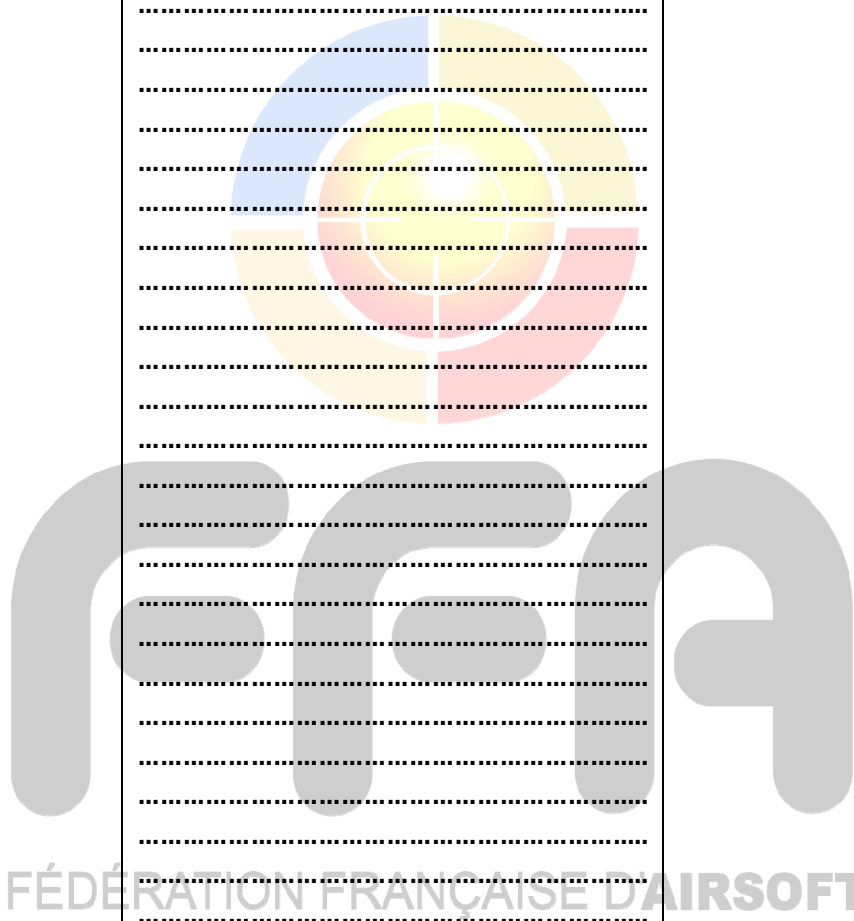
Contrôles trimestriels des acquis en matière de sécurité

Date	Educateur	Observation
	<div style="text-align: center;">  </div>	

FÉDÉRATION FRANÇAISE D'AIRSOFT

Fiche de liaison sanitaire

A remplir en cas d'interventions d'ordre médical (soin, malaise etc...) ou d'informations médicales importantes (épilepsies, allergies ou autre).

Date	Commentaires	Visa
		

Fiche de liaison sanitaire

A remplir en cas d'interventions d'ordre médical (soin, malaise etc...) ou d'informations médicales importantes (épilepsies, allergies ou autre).

Date	Commentaires	Visa
	