



Cadets de la Gendarmerie
de la Corrèze

Promotion

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DU OU DES RESPONSABLES DÉSIGNÉS POUR LE CANDIDAT CADET

Les informations confidentielles de cette fiche et les documents joints sont destinées uniquement à l'organisateur.

Le(s) soussigné(s), désigné(s) responsable n° 1 et éventuellement responsable n°2, agissant en leur qualité respective, auprès du volontaire Cadet (prénom, nom)
déclare(nt), pour ce dernier :

- qu'il suit-il un traitement médical ☐ oui ☐ non
si oui, lequel :
(aucun médicament ne pouvant être pris sans ordonnance, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes avec la notice dans leur emballage d'origine marquées au nom du volontaire))
- qu'il dispose-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ☐ oui ☐ non
si oui, joindre une copie récente
- qu'il est en situation de handicap ☐ oui ☐ non
- qu'il nécessite un régime alimentaire spécifique ☐ oui ☐ non
si oui, lequel :
- qu'il a des besoins particuliers importants ☐ oui ☐ non
à préciser dans ce cas
- qu'il présente un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale (*information sous pli cacheté*), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter... ☐ oui ☐ non
Nom et coordonnées téléphoniques du médecin traitant :
- qu'il porte l'une des aides suivantes ☐ oui ☐ non
 - lunettes ☐ oui ☐ non
 - lentilles ☐ oui ☐ non
 - appareils auditifs ☐ oui ☐ non
 - autres aides, à préciser ☐ oui ☐ non
- qu'il pourra être confié au besoin à un tiers de confiance susceptible de venir le chercher ou à prévenir en cas de problèmes ☐ oui ☐ non
tiers à préciser dans ce cas :

En cas d'accident ou de maladie, l'association préviendra les responsables légaux le plus rapidement possible.
En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le responsable des activités pourra être amené à conduire le volontaire au service des urgences le plus proche.

☐ Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état du volontaire (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.).

(suite page suivante)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DU OU DES RESPONSABLES DÉSIGNÉS POUR LE CANDIDAT CADET

Les informations confidentielles de cette fiche et les documents joints sont destinées uniquement à l'organisateur.

☐ Je fournis également une attestation d'assurance scolaire couvrant les activités extra-scolaires indiquant que le Cadet volontaire est couvert par une garantie « responsabilité civile » (réparation des dommages causés à autrui).

IMPORTANT - Pratique intensive d'activités sportives, sécurité, tir, courses d'orientation, parcours du combattant...

☐ J'atteste en outre qu'il a été répondu honnêtement « NON » à toutes les questions du [questionnaire de santé « QS-sport » \(Cerfa N°15699*0\)](#) et qu'aucun certificat médical n'est à fournir dans ce cas.

☐ Dans le cas contraire, et s'il a été répondu « OUI » à au moins une des questions de ce questionnaire, **je fournis un Certificat médical d'Absence de Contre-Indication (CACI) à la pratique du sport datant de moins de 6 mois**, en raison du caractère intensif de la pratique sportive.

Pour valoir ce que de droit, A , le

Signature(s) précédée(s) de la mention
manuscrite « *Lu et approuvé* »

Responsable légal n° 1

Responsable légal n° 2

(pour être valablement utilisé, ce document doit être complété, puis imprimé pour être signé de façon manuscrite avant d'être photographié ou scanné, en format PDF exclusivement)