

Fiche de renseignements individuelle

Responsable légal de l'athlète (si mineur)

NOM: _____ PRENOM: _____
ADRESSE: _____
C.P.: _____ COMMUNE: _____
TELEPHONE Fixe: _____ Portable: _____
Adresse mail : _____

Autorisation de soin et/ou d'hospitalisation:

Je , soussigné, _____, responsable légal de l'enfant _____, autorise le responsable d'activités de l'Union Athlétique des Couleurs à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre de soins et traitements urgents (médicaux et/ou chirurgicaux), En cas d'urgence, si je suis injoignable, je l'autorise à faire transporter mon enfant dans le centre hospitalier le plus proche du lieu de l'accident.

Merci de préciser si l'enfant présente des allergies connues ou des contre-indications médicales:

L'enfant, dont le responsable légal refuse l'autorisation de soin ou d'hospitalisation, ne sera pas admis à participer aux séances d'entraînements.

A _____, le ____/____/____

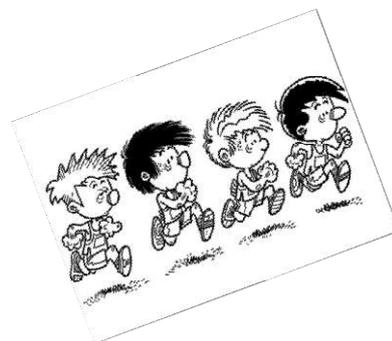
Signature: _____

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE:

Nom: _____ Prénom _____
tel fixe: _____ tel portable: _____

Nom: _____ Prénom: _____
tel fixe: _____ tel portable: _____

Nom: _____ Prénom _____
tel fixe: _____ tel portable: _____



Personne à prévenir en cas d'absence ou tout autre problème: