



AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Concernant les parents ou le tuteur légal du stagiaire :

Je soussigné.e, Mme, M.

autorise mon enfant

du club de

Numéro de licence :

à participer à l'action :

Mail du.de la responsable légal.e :

N° de portable du.de la responsable légal.e :

**J'autorise le.la responsable du stage à faire pratiquer, en cas d'accident,
toute intervention chirurgicale jugée indispensable par le corps médical.**

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

N° de portable :

Fiche sanitaire du.de la stagiaire :

Date de naissance :

Adresse postale :

CP :

Ville :

N° de sécurité sociale:

Nom de la mutuelle :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour (entourez) ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies :

ASTHME

Oui Non

MÉDICAMENTEUSES

Oui Non

ALIMENTAIRES

Oui Non

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? Oui Non (*Maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééduc.*)

Précisez les dates et les précautions à prendre :

Avez-vous des recommandations utiles concernant votre enfant ? Oui Non

(*Lentilles, lunettes, prothèses auditives, ...*) Précisez :

Date :

Signature du de.la responsable légal.e :