ASSOCIATION SPORTIVE 2024-2025

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM : …… Prénom : …… Classe :……..

Date de naissance :…… /…… / …… à : ……..

Adresse des responsables légaux ……

Code postal : …… Ville : ……

Téléphone Maison: ……./……./……. /……./……

Téléphone Travail : ……./……./……. /……./…… Téléphone Portable : ……./……./……. /……./……..

N° de sécurité sociale :……

Nom de la compagnie d'assurance couvrant l'enfant……

……

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ……

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance des médecins urgentistes (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre …) :……

……

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : ……

……

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), Mme, M. ……

responsable de l'enfant : ……

- l'autorise à faire partie de l'Association Sportive et à emprunter un bus pour se rendre sur le lieu des compétitions.
- accepte que le responsable de l'A.S. autorise en mon nom une intervention chirurgicale ou médicale en cas de besoin : OUI - NON (1)
- permet la diffusion d'image de mon enfant dans le cadre de l'Association Sportive : OUI - NON (1).
- ai pris connaissance du fait que lors des activités la surveillance du professeur responsable cesse 10 minutes après l'heure prévue de retour qui est communiquée à l'avance.

(1) : rayer la mention inutile.

Date : Signature :