Alliance de la Claie Football

Fiche sanitaire saison 2018-2019

ENFANT :

NOM : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance :.....

N° Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant ……

Responsabilité civile : …….....

Téléphones des parents : …… ……..…….....…

Adresse mail: …… ……..…….....…

Acceptez-vous que vos coordonnées téléphoniques et mails soient partagés avec les autres parents de l'équipe de votre enfant ?

Oui ☐ **Non** ☐

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

En cas de traitement de l'enfant, il est impératif de fournir une ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (entourez les maladies déjà contractées)
Rubéole Varicelle Angine Otite Coqueluche Rougeole Oreillons
Rhumatisme articulaire Scarlatine

ALLERGIES : (entourez les allergies décelées et précisez)

Asthme Allergie alimentaire Allergie médicamenteuse

……..

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

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, asthme), en précisant les dates et les précautions à prendre :
....
....

Coordonnées du médecin traitant : ……..

N° de téléphone d'urgence autre que responsables légaux :

1. M. ou Mme..... tel : .....Lien avec l'enfant :……
2. M. ou Mme..... tel : .....Lien avec l'enfant :……..
3. M. ou Mme..... tel : .....Lien avec l'enfant :……..

Responsables légaux :

Père : Responsable légal : Oui ☐ Non ☐

NOM : ..... Prénom : .....

Mère : Responsable légal : Oui ☐ Non ☐

NOM : ..... Prénom : .....

Recommandations utiles :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...
Préciser :
……
……
……

ATTESTATIONS :

Je soussigné(e), ..., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'équipe à prendre, le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie…)rendue nécessaire par l'état de l'enfant. Si le médecin juge que l'état de l'enfant ne nécessite pas l'hospitalisation ni de mesures particulières, celui-ci pourra quitter l'établissement médical accompagné d'un membre du club.

Je soussigné, ..., responsable légal de l'enfant, reconnaît que toute modification dans les renseignements portés ci-dessus fera l'objet d'une correction de la présente attestation.

Date …… **Date ……..**

Signature 1er représentant légal : **Signature 2ème représentant légal :**

AUTORISATION POUR LE TRANSPORT :

Je soussigné, …… , responsable légal de l'enfant, déclare autoriser le transport de mon enfant en voiture particulière par tout responsable du club ou par la personne responsable du déplacement, et dégager celle-ci de toute responsabilité en cas de problème.

RENONCIATION DU DROIT A l'IMAGE :

Je soussigné, …… , responsable légal de l'enfant, déclare autoriser la publication de photographie de mon enfant pour des évènements ayant rapport à la vie du club : articles de presse, bulletins municipaux, fête du club ….

Date : Signature :