



FICHE DE RENSEIGNEMENTS :

Identité :

Nom prénom.....

Date de naissance

Adresse

Parents ou représentants légaux :

Père ou tuteur

Nom..... prénom.....

Téléphone fixe.....

Téléphone mobile

Adresse mail.....

Mère ou tutrice

Nom..... prénom.....

Téléphone fixe.....

Téléphone mobile

Adresse mail.....

Autorisation d'intervention chirurgicale

Nom du médecin traitant N° téléphone

En cas d'hospitalisation hospital clinique (rayer la mention inutile)

Nom et adresse

Renseignement médicaux : allergie, asthme, traitement de fond , autres

En cas d'accident j'autorise par la présente les responsables de l'association sportive : dirigeant éducateur responsable de l'équipe a transporter mon enfant au centre hospitalier ou clinique le plus proche . Par ailleurs, si l'état de mon enfant l'exige, je donne mon accord pour faire pratiquer par un médecin les soins nécessaires y compris une intervention chirurgicale

Droit a l'image :

je soussignéreprésentant légal, agissant en qualité de

AUTORISE - N'AUTORISE PAS (rayer la mention inutile) que mon enfant ou moi-même figure sur les photos ou support vidéos effectués par l'UFAB dans le cadre de ses activités y compris dans la publication sur son site internet, journal interne

Noter « lu et approuvé » dater et signer

