



Autorisation parentale- Fiche sanitaire

NOM DE L'ENFANT : PRENOM :

NUMERO DE LICENCE :

Je soussigné père ou tuteur légal (4)

Demeurant

Tél. personnel : Portable : Courriel :

Je soussignée : Mère ou tutrice légale (4)

Demeurant :

Tél. personnel : Portable : Courriel :

Un maillot du club vous est confié moyennant une caution de 20 €, encaissé. Restitution de la caution si retour du maillot.

- * Autorise le ou la jeune (3) : à pratiquer le cyclotourisme au sein de l'École Française de Vélo du Club Cyclo Prahecquois, dont le siège est situé : Mairie de Prahecq (79)
- * Autorise, n'autorise pas (4) le ou la jeune (3) À repartir seul(e) durant les activités de l'EFV ou à la fin de celles-ci.
- * **Autorise, n'autorise pas** (4) les initiateurs, leurs délégués et d'autres parents à transporter mon enfant en véhicule personnel, dans le cadre de l'activité de l'EFV.
- * **Autorise, n'autorise pas** (4) les initiateurs, leurs délégués à **photographier ou filmer** mon enfant pendant les activités de l'EFV et accepte que le club cyclo Prahecquois utilise des photos de mon enfant sur le site de l'association et lors des communiqués de presse.
- * Autorise Mr RAGOT Éric, les moniteurs ou initiateurs participant à la sortie de l'EFV de Prahecq, à prendre toutes décisions concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation qui s'avèreraient urgentes, sur avis médical, concernant l'enfant (3) : Lors des activités organisées par le club cyclo.
- * **Certifie avoir répondu « non » à toutes les questions du document QS sport JEUNES, et assume les réponses à celui-ci.**
- * Certifie avoir pris connaissance du contrat d'assurance MACIF du club et l'accepte
- * Déclare avoir été informé de la possibilité de prendre une assurance complémentaire par l'assureur du club

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM :

Né(e) le : Lieu et dépt :

Mutuelle :

Assurance couvrant l'enfant :

N° allocataire CAF :

Groupe sanguin : Date dernier rappel antitétanique : / ROR :

Prénom :

N° SS :

N° :

N° de police :

A-t-il déjà eu(4) : RUBEOLE : OUI / NON - VARICELLE : OUI / NON - ROUGEOLE : OUI / NON - OREILLONS : OUI / NON

Souffre-t-il (elle) de :		Traitement actuel	Traitement d'urgence :
Tétanie :	Oui Non (4)	.....	.....
Asthme :	Oui Non (4)	.....	.....
Hémophilie :	Oui Non (4)	.....	.....
Épilepsie :	Oui Non (4)	.....	.....
Diabète :	Oui Non (4)	.....	.....
Autres :	Oui Non (4)	.....	.....
Troubles «DYS» :	Oui Non (4)	.....	.....
Allergie ou intolérances : Lesquelles ? :			Traitement d'urgence :
Alimentaires : .....			.....
Médicamenteuses : .....			.....
Pollen, abeilles, guêpes, etc. : .....			.....
Médecin traitant : NOM :		Tél :	
Adresse :			

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant et j'accepte le règlement en vigueur au sein de l'école de vélo du Club cyclo Prahecquois.

Fait à : Le : SIGNATURE OBLIGATOIRE des 2 parents