



LE DÉPARTEMENT

PARTOUT, POUR TOUS, LE VAR ACTEUR DE VOTRE QUOTIDIEN

SPORT/JEUNE

Activité choisie :

Dates :

Lieu :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

*Remplissez cette fiche avec le plus grand soin,
elle est indispensable pour un bon suivi sanitaire.*

Joindre un certificat médical de non contre indication (daté de moins d'un an conformément aux dispositions de l'article L 231-2 du Code du sport) à la pratique du choix d'activité retenue – à présenter le jour du stage. En cas de non présentation de ce certificat, l'enfant ne pourra être admis à participer au stage.

ALLERGIE Oui Non

Détails :

TRAITEMENT EN COURS Oui Non

Précisez :

Joindre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments. Sans ordonnance, aucun traitement ne peut-être administré.

AUTORISATION PARENTALE

- Je donne mon accord pour que soit effectué tout acte médical ou chirurgical prescrit avec urgence (y compris hospitalisation et l'anesthésie).
- Je m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle à réception de la facture.
- J'atteste que mon enfant est en bonne santé et apte à pratiquer l'activité sur les 2 journées d'initiation.

Le ___/___/___

Représentant légal

Signature obligatoire :

(précédée de la mention « lu et approuvé »)