

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant. Merci de le remplir lisiblement (**Attention renseignements sanitaires au dos de la feuille**).

L'ENFANT

NOM et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL 1

Père, mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

NOM et prénom : _____

Adresse : _____

Domicile : _____ Travail : _____

Portable : _____

Adresse e-mail : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL 2

Père, mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

NOM et prénom : _____

Adresse : _____

Domicile : _____ Travail : _____

Portable : _____

Adresse e-mail : _____

PERSONNE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE PRÉVENUE EN CAS D'URGENCE

NOM et prénom : _____

Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

NOM et prénom : _____

Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

PRÉLÈVEMENT SANGUIN pour les athlètes mineurs

Conformément à l'article R.232-45 du Code du Sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je soussigné, _____, en ma qualité de _____ (père, mère, représentant légal) de l'enfant _____, autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang.

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné(e) _____, en ma qualité de _____ (père, mère, représentant légal) de l'enfant _____, à pratiquer l'athlétisme au sein de l'USCVL Section Athlétisme de Venarey les Laumes.

- J'autorise les responsables de la section à prendre, le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.
- J'autorise le club à transporter mon enfant dans les différents véhicules mis à disposition lors des déplacements (entraînements, compétitions, manifestations...).

Indiquez ci-dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles d'avoir de répercussions sur le déroulement de l'accueil de votre enfant :

Maladies et allergies sévères connues (exemple : diabète, asthme, allergies alimentaires...) :

Conduite à tenir spécifique :

Traitements médicamenteux (susceptibles d'avoir des répercussions dans le temps d'accueil de l'enfant)

Si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil, contactez le responsable. Cela doit rester exceptionnel et la copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire :

Allergie médicamenteuse connue :



SI VOUS AVEZ RENSEIGNÉ UN ÉLÉMENT DANS UNE RUBRIQUE CI-DESSUS ET DANS L'INTÉRÊT DE VOTRE ENFANT, MERCI DE CONTACTER LE RESPONSABLE

EN CAS D'URGENCE

J'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification concernant les renseignements fournis.

Signature du responsable légal 1,

SIGNATURE

Signature du responsable légal 2,

SIGNATURE