



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Nom : Prénom:

Garçon / Fille

Date de naissance / /

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Tél fixe

Portable Mère

Portable Père

Autre(s) Tél

Adresse e-mail

AUTORISATIONS DES PARENTS

Je soussigné(e) (responsable légal)

..... autorise l'enfant cité ci-dessus

1. à pratiquer le basket-ball au sein du LSGBB

2. à monter dans le véhicule accompagnateur lors des compétitions amicales et officielles.

3. En cas d'accident lors d'un entraînement ou d'une compétition, j'autorise le responsable d'équipe du LSGBB à faire pratiquer les interventions d'urgence :

Sur LANGON (cocher la case correspondante) Hôpital Pasteur Clinique St Anne

Hors LANGON à l'hôpital le plus proche de l'accident (**case à cocher obligatoirement**)

4. J'autorise le LSGBB à prendre et diffuser les photos pour le site du Club et la presse locale

Lu et approuvé
Signature



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINATIONS

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|-------------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | Autres | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

L'enfant suit il un traitement médical ? OUI NON

Si oui précisez (joindre ordonnance, aucun médicament ne pourra être pris sans)

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes
(Mettre OUI ou NON dans la case correspondante)

| Rubéole | Varicelle | Angine | Rhumatisme Articulaire aigu | Scarlatine | Coqueluche | Otite | Rougeole | Oreillons |
|---------|-----------|--------|-----------------------------|------------|------------|-------|----------|-----------|
| | | | | | | | | |

Allergie : Asthme OUI NON Alimentaire OUI NON

Précisez la cause des allergies et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Indiquez les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération etc) en précisant les dates et les précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires....