

AUTORISATION PARENTALE - FICHE SANITAIRE

Je soussigné : Père Mère Tuteur légal

Adresse : Code Postal : Localité :

Tél domicile : Tél professionnel :

Tél portable Père : Tél portable Mère :

Courriel Père : Courriel Mère :

Autorise : à pratiquer le cyclotourisme VTT au sein de Vesoul VTT.

Autorise le Président du club ou ses délégués responsables, moniteurs à prendre toute décision concernant les soins d'urgence, d'hospitalisation ou à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales qui s'avèrent urgentes, sur avis médical, concernant l'enfant.

Renseignements concernant l'enfant

Nom : Prénoms : Date de naissance :

Adresse : Code postal : Localité :

N° de sécurité sociale de rattachement :

Mutuelle :

Groupe sanguin :

Dernier rappel antitétanique :

Médecin traitant : Téléphone : Localité

Maladies	Traitement actuel	Traitement d'urgence	Allergies	Lesquelles	Traitement	Lequel
Enurésie			Alimentaires			
Tétanie			Médicamenteuses			
Asthme			Pollen, abeilles			
Hémophilie			Graminées/Acariens			
Diabète			Intolérances	Lesquelles	Traitement	
Autre			Aux aliments			
			Aux médicaments			

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à fournir toutes modifications relatives à la santé de mon enfant.

Fait à

le

Signature