Les Alouettes des Champs

Association de gymnastique féminine aux agrès de Sarcelles
Loi 1901 - Siret 450 292 495 00030 - APE 9312Z
Contacts : alouettesdeschamps95@free.fr - 01 39 60 07 18 ou 06 71 41 95 14

FICHE MÉDICALE

GYMNASTE

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Groupe sanguin : ☐

N° de Sécurité Sociale (dont dépend la gymnaste) : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

OBLIGATOIRE

INFORMATIONS MÉDICALES

Date du dernier vaccin DTPolio : ..... / ..... /	Traitement en cours : .....
Allergies (asthme, alimentaires, médicamenteuses, autres…) :	Remarques médicales, recommandations : ....
Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :	

AUTORISATION

Je soussigné(e), NOM ..... Prénom .....

agissant en qualité de ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal

tél. |_____|_____|_____|_____|_____| ou |_____|_____|_____|_____|_____|

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire,
- autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Le ..... Signature