

FICHE SIGNALÉTIQUE DE L'ENFANT

JOUR :

HEURE :

NIVEAU :

Parents

Tous les renseignements sont importants et nécessaires en cas d'accident.
Pensez à apposer une vignette de mutuelle en haut de la page.
Merci de compléter le document en majuscule.

Identité de l'enfant :

Nom : -----Prénom-----

Date de naissance : -----

Adresse : -----

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom : -----Prénom-----

Adresse : -----

Tél : -----email-----

Données médicales :

Nom du médecin traitant : -----Tél-----

Est-il atteint de (entourez) : diabète, asthme, affection cardiaque, épilepsie, affection cutanée, hémophilie, maux de tête, maux de ventre, vomissement... autres.....

Date du dernier vaccin contre le tétanos/...../..... Groupe sanguin : -----

L'enfant doit-il prendre des médicaments pendant son stage ? oui – non Si oui : précisions : -----

Autorisation :

Je soussigné(e)

- ➔ Autoriser mon enfant à participer aux différentes activités organisées par l'asbl Sports d'Ô
- ➔ Certifier que mon enfant est apte physiquement à pratiquer toutes les activités prévues au programme
- ➔ Déclare avoir pris connaissance du règlement d'ordre intérieur et de m'y confirmer
- ➔ Déclare sur l'honneur que les données reprises ci-dessus sont complètes et sincères
- ➔ Prendre bien connaissance que l'asbl Sports d'Ô décline toute responsabilité en cas de perte, de dégradation/de vol d'objets, d'argents ou autres.
- ➔ **Respectez les règles Covid, port du masque à partir de 12 ans et 1m50 de distance.**

date : ----/----/---- signature du parent