

ASSOCIATION SPORTIVE Année scolaire 2020– 2021

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM : Prénom(s) : Classe :

Date de naissance : / / A :

Adresse des responsables légaux :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Téléphone portable :

N° et adresse du centre de Sécurité Sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier vaccin antitétanique :

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance des médecins urgentistes (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), Mme, M.

Responsable de l'enfant :

- L'autorise à faire partie de l'Association Sportive et à emprunter le bus pour se rendre sur le lieu des compétitions
- Accepte que le responsable de l'A.S. autorise en mon nom une opération chirurgicale ou médicale en cas de besoin :
OUI – NON (1)
- Permet la diffusion d'images de mon enfant dans le cadre de l'Association Sportive : OUI – NON (1)
- Ai pris connaissance du fait que lors des activités la surveillance du professeur responsable cesse 15 minutes après l'heure prévue de retour qui est communiquée à l'avance

(1) Rayer la mention inutile

Date :

Signature :

