



Je soussigné(e).....
 Agissant en qualité de représentant de l'enfant mineur
 Nom et prénom : date de naissance :
 Numéro de licence :

- L'autorise à participer aux actions pour lesquelles il sera convoqué par le Club de l'ASSR GR et à participer aux activités qui lui seront proposées par les responsables.
- L'autorise à effectuer le trajet pour se rendre sur le lieu de la compétition, en voiture, avec les entraîneurs ou les accompagnateurs.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS :

Adresse des parents :

.....

Personne responsable ou à prévenir en cas d'urgence :

Adresse :

N° tél. Domicile : N° tél. Travail :

Lien de parenté avec l'enfant :

N° d'immatriculation :

Caisse de sécurité sociale :

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? oui non

Si oui, lequel ?

Est-il allergique à certains médicaments ?

Si oui, lesquels ?

Date de la dernière vaccination antitétanique ?

J'accepte que mon fils, ma fille soit hospitalisé(e) en cas d'urgence et autorise le responsable à prendre les dispositions nécessaires.

J'autorise également le chirurgien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement d'un diagnostic, toutes interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie – réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon fils, ma fille.

Médecin traitant : N° de téléphone :

Adresse :

.....
 Fait à : Le

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »