

# FICHE STAGE FOOTBALL - BALMA SPORTING CLUB

Club : \_\_\_\_\_ N° LICENCE : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone Domicile : ...../...../...../...../..... Téléphone Portable : ...../...../...../...../.....

## FICHE MÉDICALE/ ENFANT

Groupe Sanguin : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il :  Asthmatique  Hémophile

Allergique ; Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Autres ; si oui, précisez \_\_\_\_\_

Traitement médical particulier : \_\_\_\_\_

**Vaccination** : Antitétanique datant de moins de 5 ans  OUI  NON

Hépatite B (dernière date) : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant : \_\_\_\_\_

Votre médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

REPAS SANS PORC ?  OUI  NON

NATATION, votre enfant sait-il nager ?  OUI  NON

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) - RESPONSABLE LÉGAL

NOM, PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de PÈRE - MÈRE - TUTEUR ou RESPONSABLE (1)

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....

Profession Père : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : ...../...../...../...../.....

Profession Mère : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : ...../...../...../...../.....

**Situation Familiale des Parents** :  Mariés  Séparés  Veuf(ve)  Vie Maritale

- **Autorise** mon enfant à participer aux activités du stage (1)
- **Autorise** les responsables à soigner ou à faire soigner mon enfant et à pratiquer ou à faire pratiquer toute intervention médicale qui s'avérerait indispensable en cas de nécessité (1)
- **Autorise** Monsieur ou Madame ..... à venir chercher mon enfant à la fin de la séance (1)
- **Autorise** mon enfant ..... à rentrer par ses propres moyens, après l'activité sportive (1)
- **Autorise** mon enfant à effectuer certains déplacements dans les voitures des éducateurs ou dirigeants ainsi que dans les bus du Club ou de la Municipalité (1)

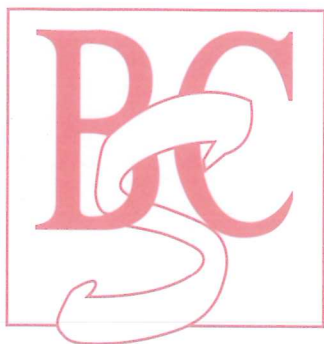
(1) Rayer la ou les mentions inutiles

## AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : ...../...../...../...../..... OU ...../...../...../...../.....

DATE ET SIGNATURE (AVEC LA MENTION " Lu et Approuvé")



# BALMA SPORTING CLUB

FFF N°517037

17 avenue des aérostiers - 31130 BALMA  
TEL 05 61 24 18 30 FAX 05 61 24 06 89  
08 74 53 39 86 - www.bsc.footeo.com  
contact@balmafoot.com

## AUTORISATION MÉDICALE

### DOCUMENT À REMPLIR PAR LES PARENTS - MERCI

JE SOUSSIGNÉ(E) \_\_\_\_\_

NÉ(E) LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

JE REPRÉSENTE L'ENFANT MINEUR \_\_\_\_\_

CERTIFIE QU'EN CAS D'ACCIDENT, S'IL N'A PAS ÉTÉ POSSIBLE DE ME PREVENIR OU SI CELUI-CI EXIGE UNE INTERVENTION CHIRURGICALE IMMEDIATE, J'AUTORISE LE RESPONSABLE DE L'EQUIPE A FAIRE APPEL :

- (1) -1. AU S.A.M.U OU AUX SAPEURS POMPIERS
- 2. A LA CLINIQUE PRIVÉE PAR AMBULANCE PRIVÉE

CETTE AUTORISATION NE SERA UTILISÉE QU'EN CAS EXTRÊME.

***J'AI PRIS CONNAISSANCE ET J'ACCEPTE LES CONDITIONS D'ASSURANCES LIÉES A LA LICENCE FEDERATION FRANCAISE DE FOOTBALL.***

*Dans ce sens, je dégage le club de toute responsabilité, en cas d'accident lié à la pratique du football.*

#### **JOINDRE OBLIGATOIREMENT :**

- UN CERTIFICAT MEDICAL OU COPIE DE LA LICENCE FOOTBALLISTIQUE
- LE REGLEMENT
- TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

POUR VALOIR CE QUE DE DROIT.

FAIT A BALMA, LE \_\_\_\_\_

SIGNATURE PROCÉDÉE DE LA MENTION « LU ET APPROUVÉ » :

(1) rayer la mention inutile