

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'avèrerait 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)

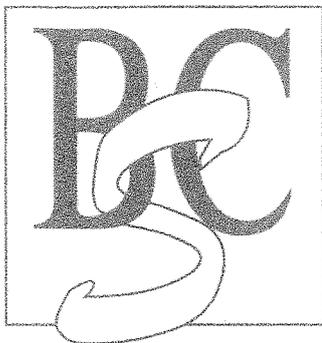
(1) Rayer la ou les mentions inutiles

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'ACCEPTÉ 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