

AUTORISATION de PARTICIPATION AU STAGE DES ILES DE LERINS

Je soussigné (e)

Agissant en qualité de représentant de l'enfant mineur :

Nom et prénom : Date de naissance :

L'autorise à participer au stage des îles de Lérins, qui se déroulera le _____ ..

FICHE de RENSEIGNEMENTS :

Adresse des parents :

.....

Personne responsable ou à prévenir en cas d'urgence :

.....

Tél Domicile : Tél Portable

..... Tél Portable

Lien de parenté avec l'enfant :

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI NON

Si OUI, lequel ?.....

Est-il allergique à certains médicaments et aliments ? MEDICAMENTS : OUI NON // ALIMENTS : OUI NON

Si OUI, lesquels ?

Médicaments :

Aliments :

Date de la dernière vaccination antitétanique :

J'accepte que ma fille / mon filssoit hospitalisé en cas d'urgence et autorise le responsable du club 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 ma fille / mon fils.

Médecin traitant :.....

Adresse :

N° de téléphone :

Fait à le

Signature du responsable légal,

Précédée de la mention « lu et approuvé »