

VALLONS DE LA TOUR TRIATHLON

FICHE MEDICALE

ADHERENT

NOM :

PRENOM :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM PRENOM :

N° DE TEL. :

MEDICAL

NOM MEDECIN TRAITANT :

N° DE TEL. :

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES CONNUES :

VACCINS A JOUR :

OUI

NON

MALADIES PARTICULIERES :

REMARQUES :

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

J'autorise formellement les responsables du VALLONS DE LA TOUR TRIATHLON, durant les entraînements, stages ou tout autre déplacement sportif, à faire appel à un médecin si la santé de mon enfant le nécessite et à faire pratiquer, le cas échéant, tout examen complémentaire ou intervention chirurgicale nécessité par son état de santé et prescrit par le médecin.

OUI

NON

Fait à.....

Le:

Mention «lu et approuvé»

SIGNATURE