



ASA BASKET

NOM : Prénom :

Date de Naissance : Fille Garçon

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le stage ? oui non
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, autorise les responsables du stage à transporter mon enfant pour toutes sorties à l'extérieur des structures d'accueil.

Date : Signature :

AUTORISATION DE PRISE DE VUE

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, autorise les responsables du stage à prendre mon enfant en photo et en vidéo et à diffuser les images sur le site et le DVD.

Date : Signature :



ASA BASKET

NOM : Prénom :

Date de Naissance : Fille Garçon

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le stage ? oui non
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, autorise les responsables du stage à transporter mon enfant pour toutes sorties à l'extérieur des structures d'accueil.

Date : Signature :

AUTORISATION DE PRISE DE VUE

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, autorise les responsables du stage à prendre mon enfant en photo et en vidéo et à diffuser les images sur le site et le DVD.

Date : Signature :