FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ET

AUTORISATION PARENTALE

(Renseignements confidentiels)

***Identité du Patineur :***

Nom : ……………………………………….. Prénom : ………………………………..

Date de naissance : ………/………/……… Lieu de naissance : ………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………..

Code Postal : ……………………………… Ville : …………………………………….

***Autorisation Parentale :***

Je soussigné (Père, Mère), Monsieur, Madame, ………………………………………….

Responsable légal de l’enfant : ……………………………………………………………...

Déclare exact les informations portées sur cette fiche.

**Autorise**

Mon fils, ma fille, ………………………………….. (Rayer la mention inutile)

* Donne mon accord pour les déplacements prévus et les moyens de transports utilisés par le club **Dunkerque patinage**.
* Le responsable ou l’entraîneur de **Dunkerque Patinage** à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l’état de l’enfant
* Un membre responsable de **Dunkerque Patinage** à accompagner, récupérer mon enfant pour examen, et traitement à l’hôpital.

**Renseignements Médicaux**

Le patineur est-il à jour de ses vaccins obligatoires ? OUI / NON

Le patineur a-t-il des allergies alimentaires ? OUI / NON

Si oui, lesquelles ? ……………………………………………………

Le patineur a-t-il des allergies médicamenteuses ? OUI / NON

Si oui, lesquelles ? ……………………………………………………

Le patineur a-t-il d’autres allergies ? OUI / NON

Si oui, lesquelles ? ……………………………………………………

Régime alimentaire de l’enfant:

* Classique
* Sans Viande
* Autres : ………………………………………………………..

**En cas d’hospitalisation, pour une meilleure prise en charge :**

Antécédents médicaux : ................................................................................................

Antécédents chirurgicaux : ............................................................................................

Groupe sanguin :............................................................................................................

Si l’enfant suit, ou prend un traitement pendant le séjour, merci de le signaler, de joindre l’ordonnance correspondante ainsi que les médicaments (boites de médicaments dans leur emballage d’origine au nom de l’enfant avec la notice).

**INFORMATIONS SUR LE RESPONSABLE LEGAL DU PATINEUR**

Nom et Prénom : ...........................................................................................................

Adresse : .......................................................................................................................

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

Nom et téléphone du médecin traitant: .....................................................................

Fait à ........................................., le .............................................

**SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL**

**SIGNATURE DU PERE SIGNATURE DE LA MERE**