

Stage sportif : fiche médicale

Nom, prénom du stagiaire (MAJUSCULES) :

Date de naissance : Stage :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : Téléphone :

Nom : Téléphone :

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Le stagiaire est-il ou a-t-il été victime de :

	OUI	DATE	REMARQUES EVENTUELLES
Allergies			
Crises nerveuses			
Syncopes			
Commotion cérébrale			
Asthme			
Vaccin contre le tétanos			

Autres renseignements à signaler :

Le parent signataire prend conscience que la structure d'accueil ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicaments.

Le personnel du Centre dispose d'une boîte de premiers soins. En cas d'urgence, les parents / tuteurs seront avertis le plus rapidement possible.

Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, **les parents / tuteurs autorisent – n'autorisent pas toute intervention chirurgicale ou soins médicaux qui apparaîtraient indispensables auprès de l'enfant.***

Nom et prénom de la personne responsable :

Date et Signature :

* **Biffer les mentions inutiles**

