



# FICHE MEDICALE

*Document à retourner*

## IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : .....prénom.....

Née le : ...../...../..... à .....(.....)

Adresse précise: .....

N° de téléphone ou portable du jeune : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Mutuelle : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Groupe sanguin (s'il a été déterminé) : .....

l'enfant est-il allergique ? .....

A quoi.....

Présente- il des contre-indications pour certains médicaments ?

.....  
.....

A-t-il des problèmes de santé ?

.....  
.....

Donnez tous autres renseignements qui pourraient être utiles (malaises, asthme, diabète, épilepsie, traitements...) :

.....  
.....  
.....

**En cas d'urgence, CONTACTEZ :**

Nom et Prénom du responsable légal.....

Adresse : .....

N° de téléphone :.....

N° de portable : .....

N° professionnel : .....

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE  
EN CAS D'URGENCE**

Je soussigné(e) ....., père, mère, tuteur  
(*raier les mentions inutiles*) de l'enfant (*Nom, prénom*).....

Adresse .....

.....N° de téléphone .....

Autorise le responsable du stage et le corps médical à prendre toutes les mesures utiles en cas d'urgence (transport, admission en centre hospitalier, anesthésie locale ou générale) et déclare que cette autorisation est valable pour le stage organisé par Aventure Sport du 06/07/08 au 12/07/08.

Les frais occasionnés seront à ma charge.

A ....., le .....

Signature du responsable légal