|  |
| --- |
| **Jeune** |
| Nom : | Prénom : |
| Né le : | A : |
| Adresse : |
| Téléphone : | Mail : |  |
| Club : | N° de licence : |
| Catégorie : | Entraîneur : |
| Palmarès : |
|  |  |
| **Renseignements Parents ou responsable légal** |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : |
| Téléphone : | Mail : |
|  |  |
| **Renseignements administratifs** |
| Caisse de Sécurité sociale : |
| N° de SS du jeune : |
| Mutuelle :N° de mutualiste:  |
| Assurance couvrant le jeune : |
|  |  |
| **Fiche sanitaire de liaison** |
| **Vaccinations** |
| BCG |  | BCG (Rappel) |  |
| Antipoliomélitique |  | Antidiphtérique |  |
| Antitétanique |  | Anticoquelucheuse |  |
| Antirubéolique |  | Antityphoparatyroïdique |  |
| Autres vaccins |  | Tests tuberculiniques |  |
| **Renseignements médicaux****(Entourer les maladies que l'enfant a déjà eu)** |
| Rubéole | Coqueluche | Varicelle | Otite |
| Angine | Rougeole | Rhumatismes | Oreillons |
| Scarlatine | Autres : |
|  |  |
| **Difficultés de santé à signaler (allergie, traitement médicaux)/recommandations :** |
| Nom du médecin traitant :Tel :  |

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………. responsable du jeune …………………………………………………., l'autorise à participer au stage de Printemps organisé par le comité départemental de tir à l'arc du 19 au 22 avril 2022.

J'autorise les responsables à prendre toutes les mesures médicales rendues nécessaires par l'état du jeune (hospitalisation, interventions chirurgicales).

En m’inscrivant à ce stage j’en accepte le règlement intérieur.

Fait le Signature des parents ou responsable légaux

A