



Fiche Sanitaire

<u>Nom</u> :	<u>Prénom</u> :	<u>Né(e) le</u> :
--------------	-----------------	-------------------

<u>Médecin Traitant</u> :	<u>N° Sécurité Sociale</u> :
---------------------------	------------------------------

Personne RESPONSABLE de l'enfant à contacter en cas d'urgence.

<u>Nom</u> :	<u>Prénom</u> :	
Adresse :		
Mère domicile :	Mère portable :	Mère travail :
Père domicile :	Père portable :	Père travail :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (*rayez la mention inutile*)

● L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Précisions diverses :

● Les Allergies	ASTHME	OUI	NON
	MEDICAMENTEUSES	OUI	NON
	ALIMENTAIRES	OUI	NON

AUTRES :

Précisez les conduites à tenir (si automédication le signaler) :

● L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Précisez :

● Antécédents à signaler (maladie, accident, hospitalisation, opération, etc...)

Précisez :

● Observations diverses :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Signature :

"Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, prière de vous adresser au secrétari

ASSOCIATION CLERMONT FOOT 63