



UNION SPORTIVE DE VOUILLE

8 Rue du stade
86190 VOUILLE

Site internet : us-vouille86@footeo.com

FFF 514425

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné, M....., responsable légal de

L'enfant

Déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille et autorise les éducateurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, durant le séjour à Glanes (Espagne) du 17 mai au 21 mai 2018.

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

L'enfant est-il allergique à :

Asthme oui non

Alimentaires oui non

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

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

Fait à Vouillé, le signature :

RENSEIGNEMENTS

Date de naissance de l'enfant

Nom et prénoms Père

Mère

Adresse Père

Mère

N° téléphone domicile Père

Mère

N° mobile Père

Mère