

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné Nom Prénom : MERE PERE AUTRE

Autorise mon enfant : nom prénom :

à pratiquer le football au sein de l'Union Sportive Castres Football, à être véhiculé par un dirigeant ou un autre parent, pour participer à des manifestations sportives.

Je m'engage à répondre favorablement aux convocations qui lui seront adressées, et à participer au transport de l'équipe, en fonction de mes disponibilités.

En cas de blessure, j'autorise le responsable du groupe à prendre sur avis médical toutes les mesures d'urgence concernant mon enfant, sachant que je serai averti dans les plus brefs délais.

En cas d'hospitalisation, je souhaite que mon enfant soit transporté :

A l'hôpital public :

en clinique privée :

COORDONNEES DES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D ACCIDENT

Nom Prénom, Portable

Tél. fixe : Mail :

Nom Prénom : Portable

Tél. fixe : Mail :

DECLARATION D'ACCIDENT

Je reconnais avoir pris connaissance que toute déclaration d'accident doit être effectuée dans les 48 heures auprès du siège du club muni du certificat médical.

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS

Vaccins	Date (OBLIGATOIRE)
DT
DT COP
TETRA COP
POLIO
AUTRES

RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

AUCUNE
VEGETARIEN
SANS PORC
SANS SEL
SANS SUCRE
AUTRES

GROUPE SANGUIN :

ALLERGIES :

TYPE :

TRAITEMENT

.....

Actuellement (nom prénom) suit-il un traitement OUI NON

si OUI LEQUEL ?

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

.....