

FICHE MÉDICALE

Couverture

Sociale

Nom et prénom l'enfant :	Né(e) le :/...../.....
	A :

Nom et Prénom du responsable : _____

Téléphone fixe : _____ Mobile : _____

N° Assuré Social : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Nom de la Mutuelle : _____

<i>Autre personne à prévenir en cas d'accident</i> Nom et Prénom : _____ Téléphone : _____	<i>Médecin traitant</i> Nom et Prénom : _____ Dr _____ Téléphone : _____
---	--

Particularités médicales/Allergie

Je soussigné(e) Mr/Mme _____, responsable de l'enfant _____ autorise les responsables du club à prendre toutes les décisions qui s'imposent en cas d'accident.

CERTIFICAT MEDICAL

Pour les mineurs Je joins à ce formulaire, un certificat médical <u>ou</u> ☐ J'atteste que mon enfant a renseigné le questionnaire santé mineur (voir Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. (Joindre un certificat médical dans le cas contraire)	Pour les majeurs Je joins à ce formulaire, un certificat médical de moins de 3 ans <u>ou</u> ☐ J'atteste que j'ai renseigné le questionnaire santé majeur (voir Annexe II-22, art. A. 231-3 du code du sport) et j'ai répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. (Pour les 2 autres années) (Joindre un certificat médical dans le cas contraire)
--	--

Le certificat médical doit faire état de la pratique du Twirling Bâton, et avec la mention « en compétitions » si l'adhérent est inscrit en section « Compétitions »

Date et Signature précédée de la mention « Bon pour pouvoir »