

AUTORISATION PARENTALE 2024/2025

(A conserver par le Club)

Je soussigné (e), Mr, Mme

Domicilié (e)

Représentant légal, autorise ma fille :

Né(e)

N° Licence :

Sport pratiqué : **GEG**

N° Affiliation Club : **10 91 2604**

A participer aux manifestations de la saison sportive **2024/2025** organisées par la F.F.S.T. :

☐

Compétitions

X Interclubs

X Départementales

X Régionales

X Nationales

X Internationales

X Démonstrations

X Stages

X Entraînement dans d'autres clubs

J'autorise les responsables de la F.F.S.T et de Cadence Dourdan à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse, ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, à l'enfant.

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : _____

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Date et Signature,
« Lu et approuvé »

- Le certificat médical d'aptitude du sport pratiqué ou attestation au questionnaire de santé (QS SPORT) devra obligatoirement être joint à la présente autorisation.
- En cas de changement d'avis en cours d'année, veuillez en aviser l'enseignant du club dans lequel votre enfant est licencié. Votre autorisation vous sera restituée et une nouvelle vous sera proposée sur laquelle vous fixerez vos nouvelles exigences.

Nom

prenom

date naissance

--	--	--

1-VACCINS (se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATE DES DERNIERS RAPPELS		
Diphtérie- Tétanos- Poliomyélite	DTP		
VACCINS RECOMMANDÉS	DATE DES DERNIERS RAPPELS		DATE DES DERNIERS RAPPELS
Rubéole-Oreillons-Rougeole		BCG	
Coqueluche		Hépatite B	
Haemophilus		Influenza b	
Méningocoque C		Pneumocoque	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :.....kg Taille :.....(Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui,lequel ?.....

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez

Si oui, joindre un précisant la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Oui Non	Varicelle Oui Non	Angine Oui Non	Coqueluche Oui Non	
Oreillons Oui Non	Otite Oui Non	Rougeole Oui Non	Scarlatine Oui Non	ASTHME Oui Non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, appareils dentaires, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLE DU MINEUR

NOM

PRENOM.....

TEL MÈRE

TEL PÈRE

N°SÉCURITÉ SOCIALE (dont dépend l'enfant)OBLIGATOIRE

DATE

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL

