

Dossier d'inscription / fiche sanitaire Jeune BAD LINGO

ENFANT/JEUNE

Nom Prénom :
Sexe * : masculin féminin Nationalité :
Date et lieu de naissance :
Domicile : N..... rue :
Code postal Commune :
Tél. portable :
Adresse @ :

REPRESENTANT LEGAL

Nom Prénom :
Qualité * : Père Mère
Professions des parents : père : Mère :
Tél. du domicile père : Tél. portable :
Tél. du domicile mère : Tél. portable :

Je soussigné, Monsieur, Madame :

- ✓ autorise mon fils/ma fille à participer aux activités liées au badminton (dans les locaux du club ou à l'extérieur),
- ✓ autorise que mon fils/ma fille fasse l'objet de prise de vue photographique ou cinématographique dans le cadre de ces activités et autorise leur diffusion à des fins strictement non commerciales,
- ✓ atteste avoir souscrit un contrat d'assurance pour les risques liés à la participation de mon enfant aux activités (responsabilité civile). Cette assurance doit couvrir non seulement les risques de dommage causé par l'enfant, mais également le risque de dommage dont il pourrait être victime. En cas d'accident, le club déclinera toute responsabilité si les conditions d'assurance n'ont pas été respectées.

Compagnie : N° de police d'assurance :

- ✓ atteste avoir rempli la fiche sanitaire ci-jointe,
- ✓ déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation de ce club et m'engage à prévenir l'équipe encadrante en cas d'absence de mon enfant.

J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité de badminton* ? Oui Non

En cas d'accident, l'équipe encadrante du club de badminton doit prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Il est donc indispensable que vous complétiez les informations suivantes.

N° de sécurité sociale de l'ayant droit

SANTE DE L'ENFANT

Antécédents (opération, accidents,...) :

Problème(s) de santé :

Affection cardiaque	Epilepsie.....
Insuffisance rénale	Hémophilie.....
Diabète insulino-dépendant	Allergie (préciser)
Diabète non insulino-dépendant	Autre (migraine, spasmophilie).....

Médicaments que l'enfant ne supporte pas :

Dernières vaccinations :

DTP (diphtérie-Tétanos-Polio) le : BCG le :

Dernier test tuberculinique le :

Autres vaccinations :

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A..... le

Signature des parents

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début de saison sportive. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du président du club.