



## Renseignements médicaux

Coordonnées :

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :		Sexe :	
Lieu de Naissance :			
Adresse :			

Médecin traitant : Nous permet de transmettre au personnel soignant si besoin.

Nom et Prénom :	
Numéro de Téléphone :	

Personne à contacter en cas de souci : (à spécifier par ordre de priorité)

	Nom et prénom	N° de Gsm ou autre*	WhatsApp	Lien de parenté
1			Oui / non	
2			Oui / non	
3			Oui / non	
4			Oui / non	

\*numéro de téléphone sur lequel la personne a le plus de chance d'être joignable.





### **Informations médicales :**

Attention : Merci de réaliser une déclaration la plus complète possible.

Antécédent(s) pathologique(s) éventuel(s)	
Dates des rappels des derniers vaccins + nature, tétanos et groupe sanguin : une copie du carnet de santé suffit	
Précautions particulières à prendre pour les exercices physiques :	
Allergie(s) éventuelle(s) : médicament(s) et/ou alimentaire(s) : Ne pas oublier de mentionner la conduite à suivre en cas de réaction.	
Incontinence :	OUI / NON
<b>DIVERS</b> : Merci d'indiquer toutes autres informations importantes utiles en cas de souci de santé pendant le stage et qui peuvent être utiles à une équipe soignante.	
Mon enfant doit prendre des médicaments pendant le séjour	OUI / NON Si oui merci de transmettre les informations relatives aux coachs encadrant





## **A REMPLIR OBLIGATOIREMENT :**

Le responsable du stage se mettra en contact au plus vite possible avec une des personnes mentionnées dans ce formulaire afin que ceux-ci puissent prendre les mesures leur incombant. A partir de ce moment, ils seront seuls à décider de la suite à donner aux soins et ils communiqueront leurs décisions au responsable par écrit (message ou mail), sans que cela nuise au bon fonctionnement du stage et à l'encadrement des autres membres du Club.

A défaut de contact, **J'autorise/ je n'autorise pas\*** le responsable du stage à prendre les décisions qu'il jugera utile en cas d'accident pour le bien-être de mon enfant et à éventuellement décider d'une hospitalisation, si cela s'avère nécessaire. Le responsable ne pourra être en aucune manière tenu responsable en cas d'éventuelles complications suite à l'hospitalisation ou soins reçus. Cette autorisation s'arrête au moment où une personne de contact a été prévenue.

Les renseignements et indications repris ci-dessus seront traités avec toute la discrétion voulue et ne seront d'aucune manière communiqués à des tierces personnes, sauf en cas de nécessité à du responsable médical.

**\*biffer la mention inutile**

FAIT À : .....

### **Nom et SIGNATURE :**

D'un parent ou responsable légal

LE : .....

**Ce formulaire doit être rendu électroniquement par mail à l'adresse :gestionwn@gmail.com**

**Ou par WhatsApp au secrétaire du club : 0477/34.17.91 (PDF ou PHOTO)**

