

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 à 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
DIVERS : Merci d'indiquer toute autres informations importantes utiles en cas de souci de santé pendant le stage et qui peuvent être utile 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

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 communiquée à des tierces personnes, sauf en cas de nécessité à du responsable médical.

*\*Biffer la mention inutile*

FAIT A : .....

SIGNATURE :

LE : .....

D'un parent ou responsable légal

**Waterloo Natation ASBL**

n.e. : BE0457.700.537

Rue Théophile Delbar, 33 - 1410 Waterloo

IBAN : BE19 1430 8877 5212 – GEBABEBB

[www.waterloo-natation.com](http://www.waterloo-natation.com) / [gestionwn@gmail.com](mailto:gestionwn@gmail.com)