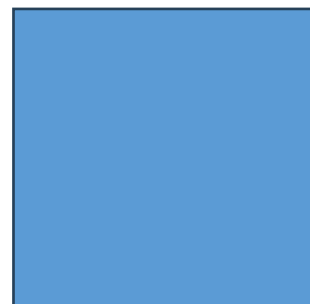




Le Badminton Crêchois

Photo d'identité :



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse mail :

Adresse postale :

.....

.....

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

(RAYER LES MENTIONS INUTILES)

Nom du père / mère / beau-père / belle-mère :

Prénom :

Adresse email :

Numéro de téléphone du domicile :

Numéro de téléphone portable :

Numéro de téléphone professionnel :

Nom du père / mère / beau-père / belle-mère :

Prénom :

Adresse email :

Numéro de téléphone du domicile :

Numéro de téléphone portable :

Numéro de téléphone professionnel :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER SI LES PARENTS SONT INJOIGNABLES

NOM	PRENOM	QUALITE (grands-parents, oncle, tante)	NUMERO DE TELEPHONE

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant
.....
autorise le cadre technique du club Le Badminton Crêchois responsable de l'entraînement à :

- faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence,
- faire prendre en charge mon enfant par un service d'urgence (pompiers, SAMU,...)
- faire soigner mon enfant dès que son état physique le nécessite,
- faire transporter mon enfant aux urgences, suivant la gravité de sa blessure, pour que puisse être pratiquée toute hospitalisation, intervention chirurgicale ou anesthésie sur mon enfant.

INFORMATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES

Votre enfant a-t-il des allergies ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

Si oui, lesquelles :
.....
.....
.....

Votre enfant a-t-il une contre-indication médicale ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

Si oui, lesquelles :
.....
.....
.....

Informations médicales que vous souhaiteriez nous communiquer :

.....
.....

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal :