

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (FACULTATIFS)

Je soussigné(e), _____
responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur
cette fiche et autorise les encadrants du club à prendre toutes les mesures
rendues nécessaires par l'état de l'enfant

signature

N° DE SECURITE SOCIALE

ci-dessous mettez contre indications médicaments,allergies par ex

groupe sanguin	
RETOUR SEUL AUTORISE (mettre OUI ou NON ci-contre)	

PLOGONEG-VTT (DOCUMENT A CONSERVER SUR SOI)

NOM ET PRENOM DE
L'ENFANT

ADRESSE

photo (sans casque)

en cas de besoin contacter :

tel 1

tel 2

tel 3

date de naissance
format (jj/mm/aaaa)