**Fiche sanitaire**

**Stage régional Canoe Kayak**

(A faire remplir pour tous les compétiteurs mineurs par leur responsable légal)

**1. Les coordonnées du sportif :**

Nom :..................................................................Prénom :...............................Date de naissance ...........

Adresse:.................................................................................................................................................................................

Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

**2. Questionnaire santé :**

Le sportif souffre-t-il d’allergies, de diabète, de migraines, d’épilepsie, ou de toute autre maladie ou handicap ? Oui 🞏 Non 🞏

Si oui, préciser : ....................................................................................................................

Est-il allergique à certains produits (antibiotiques, élastoplast, aspirine,…) ? ..............................

Est-il particulièrement sensible à la pénicilline ? ......................................................................................

Reçoit-il un traitement médical régulier ?......................................................................................

A-t-il un régime alimentaire ou des besoins sur le plan diététique ?......................................................

Autres informations : ................................................................................

...............................................................................................................................................................

Nom et adresse du médecin traitant :………………………………………………………………

Numéro de téléphone : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ / \_ \_ /\_ \_

**3. Déclaration parentale Santé :**

J’autorise que mon fils/ma fille puisse recevoir des traitements dentaires, médicaux ou chirurgicaux, y inclus l’anesthésie ou la transfusion du sang, qui seraient considérés comme nécessaires par les autorités médicales présentes.

**4. Coordonnées en cas d’urgence :**

Nom de la personne à prévenir : .................................................................................................................................

Numéro de téléphone de la maison : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Numéro de téléphone du travail : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Numéro du portable : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Adresse du domicile :

...........................................................................................................................................................................................................

**5. Signature des parents ou tuteurs:**

J’autorise mon fils, ma fille à participer au stage :

Descente à Vigeois, du 21 au 25 octobre 2017

Attention : si votre enfant suit 1 traitement médical, vérifiez qu’il dispose de ses médicaments

Nom (en majuscule) : ...................................................................................................................................................

Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Signature :