**Fiche sanitaire**

**Action Régionale Nouvelle-Aquitaine 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 :

………………………………………………………………………………………………….

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

Nom (en majuscule) :

Date :

 Signature :