



**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX  
ANNEE 2020**

**(Uniquement pour la licence « jeune »)**

**Groupe sanguin :** \_\_\_\_\_

**Personne à prévenir en cas d'accident :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Code postal :** \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

Souffrez-vous de : \* Rayer la mention inutile.

**Maladies**

Traitement actuel :

Traitement d'urgence :

- Énurésie : non oui \* .....
- Tétanie : non oui \* .....
- Asthme : non oui \* .....
- Hémophilie : non oui \* .....
- Épilepsie : non oui \* .....
- Diabète : non oui \* .....
- Autres : .....

**Allergies**

Lesquelles :

Traitement d'urgence :

- Alimentaires : .....
- Médicamenteuses : .....
- Pollen, abeilles : .....

**Intolérances**

Lesquelles :

- Aux aliments : .....
- Aux médicaments : .....

Nom du médecin traitant : .....

Tél. : .....

J'autorise le Président, le Responsable de l'école de cyclisme ou son suppléant, à prendre toutes les mesures concernant les soins d'urgence lors des activités organisée par l'Avenir Cycliste Rudipontain.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de l'enfant, et à accepter les règlements en vigueur.

Fait à ..... le .....

**Signature**

*(Père, mère, tuteur légal)*