

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ANNEE 2017

(Uniquement pour la licence « jeune »)

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____

Groupe sanguin : _____

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse postale complète : _____

Code postale : _____

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)