

Autorisation parentale

Certificat medical

Je soussigné Docteur certifie avoir examiné
Nom : Prénom :, né(e) le/...../.....
et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique sportive.

Fait à le/...../.....

Cachet et signature du médecin

Allergie(e) / remarques médicales
.....
.....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc . ?
.....

Vaccinations

L'enfant est-il à jour dans ses vaccins et rappels ?

BCG

oui/non*

PENTACOQ / DTCP

oui/non*

(* rayer la mention inutile)

Autorisation de soins et d'intervention en cas d'urgence

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
demeurant à
représentant (s) légal (s) de l'enfant (nom, prénom)
date de naissance....., autorise **en cas d'accident, la Ville de Plaisir à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale selon les prescriptions du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin des sapeurs pompiers ou du SAMU.**

oui non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A rentrer seul |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A effectuer des sorties en car |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A être transporté dans un véhicule municipal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A être filmé ou photographié pour les besoins de la ville, presse locale... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autorise mon enfant à effectuer les sorties vélos et roller au départ Plaisir |

Signature du représentant(s) légal(s)

Fait à

le