



DU 3 AU 8 JUILLET 2017

Stage alpe*huez

HOCKEY SUR GLACE

LE STAGE **US** EN FRANCE

DE 11 À 17 ANS



Fiche Sanitaire

LHC SUMMER CAMP by TAMPA BAY LIGHTNING

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Groupe sanguin du Stagiaire : _____

N° Sécurité Social : _____

Mutuelle : Oui Non

N° de Téléphone de la Mutuelle : _____

Coordonnées du Médecin traitant :

- Nom : _____

- N° de Téléphone : _____

- Ville : _____

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

(Si l'enfant doit suivre un traitement durant la période de stage, n'oubliez pas de joindre une photocopie de l'ordonnance aux médicaments)

Vaccinations :

L'enfant est-il à jour dans ses vaccinations ? Oui Non

(Si l'enfant n'a pas eu les vaccinations obligatoires, n'oubliez pas de joindre un certificat médical de contre-indication)



alpe*huez





DU 3 AU 8 JUILLET 2017

Stage alpe*huez

HOCKEY SUR GLACE

LE STAGE **US** EN FRANCE

DE 11 À 17 ANS



Allergies :

L'enfant a-t-il des allergies ? (Alimentations, médicamenteuses, autres ...)

Si oui, merci de nous préciser lesquelles : _____

Vos recommandations :

N'hésitez pas à nous communiquer les éléments qui vous paraissent importants (port de lunettes, de lentilles, d'appareils auditifs, consignes alimentaires, etc...) :

La baignade :

« J'autorise mon enfant à pratiquer les activités de baignades organisées par la SASP LHC Les Lions durant la période de stage » : Oui Non

« Je soussigné(e) _____ . Père, Mère, tuteur (rayer les mentions inutiles), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise les responsables du stage à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris phase d'anesthésie-réanimation).

Si l'état de santé de l'enfant ne justifie pas son secours par le SAMU ou les pompiers, j'autorise son transfert à mes frais, par taxi ou ambulance, si je ne peux aller le chercher moi-même.

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux avancés par la SASP LHC Les Lions. »

Fait à _____ Le _____

Signatures des Responsables Légaux :



alpe*huez

