FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR LES MINEURS

1) **Responsabilités des Parents**

- **Les parents ou tuteurs restent responsables de leurs enfants avant, pendant et après les cours.**
- **Les professeurs ne sont pas habilités à prodiguer des soins médicaux aux élèves, relevant des compétences qui ne sont pas adaptées à notre formation.**
- **Vous avez choisi avec votre enfant la pratique d'un sport de combat qui parfois peut occasionner des blessures. Le club décline toute responsabilité en cas d'accident. Toutefois il vous est conseillé de consulter les closes de l'assurance contracté au sein de la Fédération. Merci de vous assurez que celle-ci vous convienne.**
-

2) **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

- **L'ENFANT EST-IL A JOUR DE SES VACCINATIONS ? OUI NON**
- **OBSERVATIONS PARTICULIERES (2) : ……..**

3) **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT**

- **NOM : …….. PRENOM : ……**
- **ADRESSE PERMANENTE : ……...**
- **TELEPHONE : ……**

4) **MEDECIN TRAITANT :**

- **NOM : ……PRENOM : ……**
- **LIEU : ……TELEPHONE : ……**

Je soussigné, Mr ou Mdme(1)……responsable de l'enfant…….
L'autorise à pratiquer FULL CONTACT/KICK /K1

J'autorise l'entraineur à prendre toutes mesures médicales d'urgence reconnues nécessaires.

Je déclare avoir pris connaissance et accepte les conditions générales d'inscription et du règlement intérieur.

A ……le……..
(Signature de l'autorité parentale)

Difficultés de santé à inscrire impérativement
EX : allergie à certains médicaments, traitement en cours
Interventions chirurgicales récentes, anomalies physiques,
Problèmes divers (asthmatique, diabétique, épileptique),
Médicaments interdits.
NOTA : la vaccination, contre le tétanos est fortement recommandée.