**SILVER KICK FULL CONTACT**

**Président** : Luc FARINEAU-18, La Guinandrie 44680 St Mars de Coutais Tel : 06.85.04.10.91

Email : skfc@homail.fr

**RENSEIGNEMENTS DESTINES AU COATCH -**

**A compléter en majuscules et lisiblement**

Nom: ………………………………………..Prénom:…………………… Date et lieu naissance:…………………………………………………………… Taille:..…….Poids:….....Adresse:.…………..….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Téléphone…………………………………..

1. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

\_GROUPE SANGUIN : ………………………… RHESUS : ………………………...

\_L’ENFANT EST-IL A JOUR DE SES VACCINATIONS ? OUI NON

\_OBSERVATIONS PARTICULIERES : …………………………………………..

1. PERSONNE A PREVENIR EN CAS D’ACCIDENT

\_NOM : ………………………………….. PRENOM : …………………………………

\_ADRESSE PERMANENTE : …………………………………………………………...

\_TELEPHONE : …………………………

1. MEDECIN TRAITANT :

\_NOM : …………………………………….. PRENOM : ………………………………

\_LIEU : ………………………………………TELEPHONE : ………………………….

**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.

Fait à: Le

Signature de l’adhérant ou de la personne responsable