



INFORMATIONS IMPORTANTES

A remplir et à retourner au club

FORMULAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION – 2013/2014

À lire et remplir attentivement

Je soussigné(e) **NOM** : _____ **Prénom** _____

agissant en qualité de représentant légal de _____ née le ____ / ____ / ____

Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché le gymnaste :

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom du médecin traitant : _____ Tél : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Vous informe que

✓ Mon enfant est allergique à (médicaments ou autre) : ☐ OUI ☐ NON

Si oui qu'il existe un protocole particulier de prise en charge : ☐ OUI ☐ NON

Modalités (joindre un certificat et une ordonnance du médecin)

✓ Date de dernière vaccination anti tétanique : ____ / ____ / ____

✓ Autres renseignements médicaux (asthme, etc.) _____

Autorise

Les entraîneurs et / ou membres du bureau du club GRS ODOS

à prendre toutes mesures ou décisions nécessaires

en cas de difficultés, blessures ou maladies éventuelles

lors des entraînements, manifestations, compétitions ou déplacements auxquels ma fille participera

au cours de la saison sportive **2013 /2014** (du 1^{er} septembre au 31 août de l'année suivante)

et accepte que mon enfant _____ soit hospitalisé(e) en cas d'urgence et

autorise l'encadrement à prendre les dispositions médicales et / ou chirurgicales nécessaires.

Fait à : _____

Signature du responsable

le : _____

précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »