

Renseignements concernant l'adhérent

Nom de l'enfant mineur : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Nationalité : Sexe : M F

Nom du chef de famille : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Port :

E-mail :

Numéro de Sécurité Sociale :

Médecin traitant : Date du certificat médical :/...../.....

En cas d'urgence

Personne à prévenir

Nom : Prénom : lien de parenté

Tél Personnel : Tél Professionnel :

Nom : Prénom : lien de parenté

Tél Personnel : Tél Professionnel :

Vaccinations

Diphtérie Tétanos Coqueluche Polio BCG

Recommandations médicales

Maladies ou opérations récentes

Traitements et allergies etc

En cas d'hospitalisation : Hôpital Clinique précisez le nom :

J'autorise les responsables du club Angers Gymnastique, en cas d'accident ou de maladie à prendre toutes les disponibilités utiles dans l'intérêt de mon enfant (y compris soins dentaires et interventions chirurgicales avec anesthésie locale ou générale, sorties d'hôpital).

Signature obligatoire (père, mère, tuteur)

Angers, le

Précédé de la mention "lu et approuvé"