

FICHE SANITAIRE

L'ADHÉRENT MINEUR :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Problèmes de santé ou allergies :

RESPONSABLE DE L'ADHÉRENT :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° tél :

Autres personnes à joindre en cas de problèmes (+ numéros de téléphone)

-

-

-

Autorise, en cas d'accident ou d'urgence médicale les animateurs ou les dirigeants de l' A.V.G.V à prendre toutes les mesures nécessaires.

J'autorise mon enfant :

- A rejoindre son domicile non accompagné(e)
- A rejoindre son domicile accompagné (e) de (autre que ses parents)

M ou Mme

Qualité

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche

Nom et prénom :

Date :

Signature :