



**FICHE SANITAIRE
USCN CK**
POUR LES MINEURS

NOM

Prénom

Age

Je soussigné(e), Mr ou Mme

adresse :

Code postal Ville

tél Domicile Portable

Renseignements médicaux (nécessaires pour les sorties de groupe des enfants)

certifie que Mlle, Mr né(e) le à

ne présente à ce jour aucun danger de contagion, et est médicalement apte à la vie collective .

Vaccinations à jour (DT polio et Bcg) à jour: oui non

Allergies, asthme, médicamenteuses, alimentaires, autres) précisez

Consignes particulières:

Taille de l'enfant: Poids: Pointure:

Fait à : le : Signature :

Autorisation de soins médicaux (à remplir par les parents ou le tuteur légal)

N° sécurité Sociale N° de centre

Mutuelle (nom et N° d'adhérent)

Autorise les responsables du club Union Sportive Coarraze Nay Canoë Kayak à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident ou de problème de santé, grave, après consultation d'un praticien, à mon enfant:

NOM : Prénom:

Né(e) le: à: sexe:

Fait à : le: signature (obligatoire)

Autorisation de retour seul au domicile

autorisation de rester seul

Autorise mon fils ou ma fille à rentrer seul(e) à mon domicile dès la fin de l'activité de l'école de pagaie **et ou** à rester seul sur place en attendant leur retour à domicile (barrer les mentions inutiles)

Fait à : le:signature (obligatoire)

Autorisation d'utiliser les images de vos enfants (photos et vidéos) prises lors des activités organisées par l'USCN Canoë Kayak. Cela pour valoriser nos: articles de presse; site internet de l'Association; plaquette du club ,diaporama

Fait à : le:signature (obligatoire)