**STAGESCRIME**

**Du 22 au 26 août 2016**

**Nom……………………………. Prénom…………………………**

**Age……………….ans**

CETTE FICHE MEDICALE DOIT ETRE REMPLIE PAR UN MEDECIN ET RETOURNEE EN MEME TEMPS QUE L’INSCRIPTION A Nicolas CORUBLE le fond de varenne 76880 MARTIGNY

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je, soussigné(e) Docteur................................................................................................................... certifie que Melle, M.........................................................................................................................

ne présente aucun danger de contamination, est médicalement apte à la vie en collectivité et à la pratique de

*TOUS* les sports suivants :

Escrime Natation Kayak Catamaran VTT Course à Pied

Fait à......................................le..............................Signature et cachet (obligatoires) du médecin

**AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX A REMPLIR PAR LES PARENTS**

En l’absence de ce document, votre enfant ne pourra pas être accueilli.

Je, soussigné(e)............................................................................................................................... Nom et prénom de la personne exerçant l’autorité parentale Adresse............................................................................................................................................ Code postal...........................Ville....................................................Pays.......................................

N° sécurité sociale...............................Tel domicile....................Tel bureau...................Mail............. Autorise les responsables du stage d’escrime à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux, après consultation d’un praticien, au mineur: Nom...............................................................Prénom.............................................

Né(e) le..................................à..................................Sexe........................................

Personnes à prévenir en mon absence Nom...........................................Prénom................................Lien de parenté.................................. Adresse.............................................................................................................................................. Code postal...........................Ville....................................................Pays......................................... Tel domicile.........................................................Tel professionnel.................................................. Fax............................................

Je m’engage à rembourser à l’organisateur l’intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Votre enfant est-il sujet à des allergies. Si oui, lesquelles : (médicaments, aliments …)

………………………………………………………………………………………………………..

Votre enfant est-il atteint d’une maladie chronique ? Suit-il un traitement, si oui, lequel : (+ JOINDRE ORDONNANCE) : ………………………………………..........................................

Fait à..................................le...............Signature (obligatoire, précédée de la mention “lu et approuvé”)

