**COP Basket**

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

## STAGE BASKET AVEC NUITÉE(S) UN DOSSIER PAR ENFANT

Médicaments, régimes éventuels, soins journaliers à donner à l'enfant : .....
.....
.....
Si l'enfant porte des lunettes, références des verres : .....
Existe-t-il des contre-indications médicales pour certaines activités physiques ? Si oui, lesquelles ?
.....
Existe-t-il des allergies à certains médicaments ? Si oui, lesquelles : .....
.....
Autres renseignements concernant l'état physique de l'enfant : .....
.....
.....
**Joindre les photocopies des certificats de vaccinations obligatoires ou les certificats de contre- indication.**

Couverture sociale de l'enfant :
Caisse primaire de Sécurité Sociale : .....
Désignation : .....
N° d'assuré : .....
Désignation de la mutuelle (éventuellement) : .....
N° d'assuré : .....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :
Qualité ( père, mère, …) : .....
Nom, prénom : .....
Adresse personnelle : .....Tél : .....
Adresse professionnelle .....Tél : .....
Qualité ( père, mère, …) :Nom, prénom : .....
Adresse personnelle : ..... Tél : .....
Adresse professionnelle : .....Tél : .....

## Autorisation des parents en cas d'intervention chirurgicale urgente.

Je soussigné(e) nom, prénom : .....
demeurant à : .....
**agissant en qualité de** : père, mère ; tuteur, tutrice * **responsable**
de l'enfant nom, prénom, date de naissance : .....

**déclare :**
1) autoriser le responsable du stage dont fait partie mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence, prescrites par le médecin y compris éventuellement l'hospitalisation.
2) avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées :
en cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les justificatifs des frais et le dossier médical seront adressés à la famille pour un éventuel remboursement).

A ..... le .....

Signature :

*rayer les mentions inutiles