



FICHE DE RENSEIGNEMENTS (pour déclaration d'accident sportif ou autres)

INFORMATION LICENCIÉ

NOM :

Prénom :

Date de naissance

Sexe

Lieu de naissance

Code postal de naissance

Nationalité

Régime de prévoyance

(sécurité sociale ou autre organisme)

N° de sécurité sociale

Mutuelle

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté :

.....

L'enfant pratique-t-il un second sport ? Oui Non

Si oui **quel sport sera prioritaire le samedi** ?

ADRESSE LICENCIÉ

Etage / Escalier / Appt

Immeuble / Bat / résidence

Numéro et libellé de voie

Lieu-dit ou boîte postale

Code postal

Localité

INFORMATION TUTEURS LEGAUX

	Tuteur légal 1	Tuteur légal 2
Nom
Prénom
Qualité
Téléphone professionnel
Téléphone portable
Téléphone domicile
Liste rouge
Email

Autorisation CNIL : Oui Non

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des membres affiliés à la Fédération et à la gestion des licences. A ce titre, le site a fait l'objet d'une déclaration réglementaire à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Si vous choisissez NON, les informations ne pourront pas être utilisées à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.

Autorisation de publication de photo(s) sur le site internet Oui Non
ou pour les produits de la boutique du club :

Autorisation de distribution de l'adresse mail aux partenaires : Oui Non

INFORMATIONS MEDICALES CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme Oui Non

Alimentaires : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non

Autres :

Si oui, merci de nous préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le préciser)

.....
.....
.....

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé que vous souhaiteriez porter à l'attention des éducateurs ou responsables de catégories

.....
.....

NOM ET COORDONNES DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE

TELEPHONE

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

	Contact 1	Contact 2
Nom, Prénom
Qualité
Téléphone

ENGAGEMENT DU REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné,....., représentant légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable de l'association, du comité ou de la F.F.R, ou les éducateurs de la catégorie de mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature