



**V.T.T Lyon Ouest**

Mail : [contact@vttlyonouest.fr](mailto:contact@vttlyonouest.fr)

Site Internet : [www.vttlyonouest.fr](http://www.vttlyonouest.fr)

**FICHE SANITAIRE :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : ..... Tel 1 : / / / /

Lien de parenté : .....

Autre personne : ..... Tel 2 : / / / /

Lien de parenté : .....

Médecin traitant : ..... Tel : / / / /

Allergies connues : .....

Intolérance à certains médicaments : .....

Date du dernier rappel du vaccin contre le tétanos : .....

Autres renseignements utiles : .....

L'enfant peut-il rentrer seul chez lui ? (Point de RDV club – domicile) OUI NON

**AUTORISATION PARENTALE**  
**EN CAS D'INTERVENTION MEDICALE**

Je soussigné (nom et prénom) : .....

Responsable légal de l'enfant : .....

Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche, et autorise les accompagnateurs du Club VTT Lyon Ouest, à prendre le cas échéant, toutes mesures d'urgence prescrites par le médecin, y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale.

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

Signature