



V.T.T Lyon Ouest

Mail : contact@vttlyonouest.fr

Site Internet : www.vttlyonouest.fr

FICHE SANITAIRE :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Personne à contacter : Tel : / / / /

Lien de parenté :

Autre personne : Tel : / / / /

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