

N° Carte neige FFS :
(à renseigner par l'ASPTT)

Fiche de renseignements médicale individuelle

Sorties Mercredis de neige ASPTT GRENOBLE

NOM (de l'enfant):

Prénom :

Né(e) le :

Sexe : Masculin / Féminin

RESPONSABLE LEGAL

NOM, Prénom :

Adresse :

Téléphone en cas d'urgence :

Email :

CONCERNANT L'ENFANT

Traitement médical en cours :

Antécédents médicaux :

Asthme : OUI / NON

Allergies diverses :

Je soussigné (e) _____ Père ___ Mère ___ Tuteur du participant
___ autorise le responsable du groupe ASPTT, en cas de nécessité, de faire appel aux services
d'urgences, de pratiquer des soins ou si nécessaire d'intervenir auprès du cabinet médical de
la station.

Fait à : _____ le ___ / ___ / ___

Signature du responsable légal