



## Formulaire de liaison club/ saison 2021-2022

Partie à remplir par les parents pour les enfants de moins de 16 ans

Nom de l'enfant :  Prénom de l'enfant :

Date de naissance  /  /  Sexe: M  F

Adresse :

Je soussigné, Nom

Prénom

Père

Mère

Le tuteur légal

Tél domicile

Tel bureau

Tel mobile

*Autorise mon enfant, désigné ci-dessus à adhérer à l'Olympique Athlétisme Hazebrouckois pour toutes les activités proposées par le club et à prendre place dans une voiture afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles au cours de la saison ; les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.*

*Les parents doivent accompagner leurs enfants sur les lieux d'entraînements ( complexes sportifs) et s'assurer de la présence d'un responsable du club.*

*En cas d'absence de ces derniers et jusqu'à l'arrivée, les parents doivent assurer la surveillance de leurs enfants.*

*La prise en charge du club de l'Olympique Athlétisme Hazebrouckois s'arrête à partir du moment où l'entraînement est fini et que les enfants sont sortis de l'enceinte du complexe.*

*Le club de l'Olympique Athlétisme Hazebrouckois décline toute responsabilité pour les accidents pouvant survenir avant et après leur prise en charge définie ci-dessus.*

### 1/PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Tél domicile	Tél bureau	Tél mobile

**2/Vaccination ( se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations )**

<b><u>Vaccinations obligatoires</u></b>	<b><u>Oui</u></b>	<b><u>Non</u></b>	<b><u>Dates des derniers rappels</u></b>	<b><u>Vaccins recommandés</u></b>	<b><u>Dates</u></b>
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres ( préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

**3/ Renseignements concernant le mineur**

Poids :  kg    Taille :  cm    ( informations nécessaires en cas d'urgence )

Suit -il un traitement médical actuellement ?    Oui     Non

Lequel

Allergie ou contre indication médicale

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et conduite à tenir.

Le mineur présente t-il un problème de santé, si oui précisez

Nom et Tél du médecin traitant : .....

Je soussigné.e ....., responsable légal du mineur, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le club d'athlétisme à prendre, le cas échéant, toute mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

A : .....

Le : .....

Signature