**Fiche Médicale ASPTT SKI 2017/2018**

Votre enfant va participer aux SAMEDIS des Neiges qui se dérouleront à la station de ski du Schnepfenried, Vosges.

Dans l’urgence, tout renseignement concernant sa santé peut s’avérer indispensable. C’est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir compléter les renseignements ci-dessous, et de nous tenir informés de tout changement (traitement antibiotique, problème récent, ….).

Merci de votre compréhension.

**NOM** :…………………………………………. **Prénom** : ……………………………

Date de naissance : …………………………… Groupe Sanguin : ……………………

***Observations particulières (allergies, asthme, port de lentilles, traitement en cours) :***

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Personne à prévenir en cas d’accident :

1. NOM, Prénom : ………………………….. Téléphone : ……./..…../..…../.……/..…..

2. NOM, Prénom : ………………………….. Téléphone : ……./..…../..…../.……/..…..

3. NOM, Prénom : ………………………….. Téléphone : ……./..…../..…../.……/..…..

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ……………………..……représentant légal de l’enfant, ……………………………………………………………………………………..

Autorise les moniteurs ainsi que les responsables du Club ASPTT Strasbourg, à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d’accident et autorise le médecin consulté, en cas d’urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou anesthésique nécessaire.

Fait à : Le :……./….…./…….. Signature :

|  |
| --- |
| **Certificat médical pour la pratique d’un sport.**  *Un certificat établi par le médecin peut remplacer cette partie.* |
|  |
| Je, soussigné, Docteur : ……………………………………………………………… |
|  |
| Certifie avoir examiné, Mr/ /Mlle : ……………………………………………… |
|  |
| Et n’avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant la |
| pratique du SKI ALPIN |
|  |
|  |
| A : le : |
|  |