

FICHE INSCRIPTION / MEDICALE

Nom, prénom du judoka :

Adresse :

Date de naissance : Nationalité :

Sexe : email :

PERSONNES Á CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Le judoka est-il/a-t-il été victime de :	OUI	DATE	REMARQUES EVENTUELLES
Entorses récentes			<i>Localisation :</i>
Commotion cérébrale			
Allergies			<i>Si oui, à quelle(s) substance(s) :</i>
Difficultés cardiaques			
Incontinence			
Asthme			
Fractures			<i>Localisation :</i>
Crises nerveuses			
Variation de tension			
Diabète			
Vaccination contre le tétanos			

Autres renseignements que vous jugez important de signaler :

Quelles sont les maladies, les blessures ou les interventions médicales subies par le judoka et en quelle année ?

Selon le cas, le parent signataire prend conscience que le Club ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicaments. Le Club dispose d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments ci-après et ce, à bon escient : paracétamol, désinfectant, pommade anti-inflammatoire, pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insecte.

En cas d'urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible.

Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur accord.

Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris par les responsables de l'accueil ou par le service médical qui y est associé.

J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale.

Nom et prénom de la personne responsable :

Signature