



AUTORISATION PARENTALE

SAISON 2011-2012

Je soussigné(e), père, mère,
tuteur légal,

de

Autorise les membres responsables de l'encadrement à appeler tout médecin responsable, le cas échéant, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon fils / ma fille.

Par ailleurs, je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes dont l'avance aurait été faite à mon fils / ma fille.

Mon fils / ma fille suit actuellement un traitement médical (préciser) :

.....
.....
.....
.....
.....

Mon fils / ma fille est sujet à allergies (préciser) :

.....
.....
.....
.....

Groupe sanguin :

Fait à le

Signature :



FICHE MEDICALE

NOM.....Prénom.....

Date de naissance:.....Taille:.....Poids.....

Groupe sanguin:(éventuellement. RH)

VACCINATIONS :

- Tétanos (date).....

- Poliomyélite (date).....

- Autre(s)

AFFECTIONS CLINIQUES IDENTIFIEES :

Traitement actuel :

Préventif :

De crise :

PROBLEMES ACTUELS DE SANTE :

En traitement pour.....Depuis.....

Médications en cours :

ALLERGIES CONNUES:

-

OBSERVATIONS :

Nom / Médecin de famille:Tel:.....

Téléphone/contact en cas d' urgence :.....

(En cas, se munir de l'ordonnance de prescription et des médicaments)



PARENTAL AUTHORIZATION Year 2011/2012

In the event of an emergency, where the doctors on duty have to administer any medical surgeries, examinations, anesthetics, a written parental authorization is required. And in the case where this one is lacking, a permission to a juvenile judge or to the district Attorney will be requested; the affidavit below is intended to avoid these procedures.

I undersigned, the legal guardian, Mr/ Mrs

last Name/First name.....

Address:.....

Zip code.....City.....Country.....

Office.....

Home.....

Cellular.....

Others.....

By my signature and in my absence, authorize and hereby grant permission for any and all medical attention, administration of first aid, anesthesia and/or surgery under the recommendation of a qualified medical personnel, to my child/ children in the event of an accidental injury or illness.

Last name/ First name.....

Date of birth..... Social security number.....

Personn to be contacted in case of emergency.....

Done the.....

Parent/ Guardian signature

Follow by the mention « read and approved »



POLES NATATION GUADELOUPE



MEDICAL FORM

Training.....	Competition.....
Club.....	Sport.....
Licence Number.....	



Last name.....	First name.....
Address.....	
Zip code.....	City.....
Country.....	Social security Number.....



Medical informations

Blood Type.....	Rh.....
Medical History.....	
.....	
Past major Injuries	
.....	
Known Allergies	
.....	
Clinical Conditions.....	
.....	
Diagnosis.....	
.....	
Current Treatment.....	
.....	
Preventive.....	
.....	
Emergency.....	
.....	



Immunizations history

Hepatitis.....	Colds.....
Tetanus.....	Diphtheria.....
Poliomyelitis.....	Others.....





Autorisation d'utilisation de l'image Saison 2011-2012



Entre Mme, M :

Représentant légal de : Né le

à Dénommé(e) ci-après « LE MODELE »

Et le Comité Régional Natation Guadeloupe

Par le présent contrat, LE MODELE cède au Comité Régional Natation Guadeloupe les droits qu'il détient sur son image.

LE MODELE autorise le Comité Régional Natation Guadeloupe à fixer, reproduire, communiquer, publier et modifier les photographies ou films réalisés dans le cadre du présent contrat.

Les photographies ou films pourront être reproduits en partie ou en totalité sur tous supports (papier, numérique, magnétique, etc.) et intégrés à tout autre matériel (photographies, dessin, peinture, etc.).

Les photographies ou films pourront être exploitées dans le monde entier et dans les domaines (publicité, édition, presse, etc.) directement par le Comité Régional Natation Guadeloupe ou cédées à des tiers.

LE MODELE n'est lié à aucun contrat exclusif sur l'utilisation de son image ou de son nom.

Fait le : à

Le représentant légal
Signature :

