

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Courriel :

ACTIVITÉS CHOISIES :

- | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ BADMINTON | ☐ mardi | ☐ jeudi |
| ☐ MARCHE NORDIQUE | ☐ mardi | ☐ jeudi matin |
| | ☐ jeudi soir | ☐ vendredi |
| ☐ SANTÉ VOUS ACTIVE | ☐ lundi | ☐ vendredi |

Personnes à prévenir en cas d'urgence : (Nom, Prénom, Téléphone)

1

2

3

Nom du médecin traitant : Tél :

Autorisation d'évacuation par les services de secours : ☐ OUI ☐ NON

Autorisation d'hospitalisation : ☐ OUI ☐ NON

Allergie médicamenteuse connue : Asthme :

Autre information médicale :

Présentation du passe sanitaire : ☐ OUI ☐ NON

Je soussigné (e),,

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel encadrant les activités choisies à prendre, en cas de besoin, toutes mesures rendues nécessaires par mon état de santé.
- Atteste ne pas avoir de contre-indication médicale à la pratique sportive.
- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités sportives municipales.

Valognes, le

Signature :

Pièces à joindre :

- Justificatif de domicile en original (de moins de 3 mois).