



Activités jeunes Juillet 2019

DOSSIER MEDICAL

Je soussigné (e)

Adresse

.....
.....

Téléphone fixe : Portable :

Mail :

N° de Sécurité Sociale :

Nom du médecin traitant : Tel :

Agissant en qualité de : *Père/ Mère /Tuteur

- Autoriseà participer aux activités jeunes proposées par la commune de Marmagne
- **autorise la Mairie et/ou le responsable de l'activité, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, à toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales, y compris l'hospitalisation**.**
- Certifie que mon enfant : n'a pas d'allergie, de problème physique (diabète, cardiaque.....) ou une intolérance médicamenteuse incompatible avec la pratique de ces activités.

Sinon le préciser :

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

Fait à Marmagne, le

Signature du responsable légal :

*Rayer les mentions inutiles

**Les frais nécessaires au traitement seront à ma charge sachant qu'ils pourront être remboursés par mon organisme d'assurance maladie.