



# Activités jeunes Juillet 2018

## 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

- Autorise .....à 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.