

ASSOCIATION DES FAMILLES DE BRINDAS
Section Danse

Carré d'Ass'
32, montée du Clos
69126 BRINDAS

Adhérent N°

DOCUMENT INDIVIDUEL (à compléter pour chaque participant)

ATTESTATION DE REPONSE
AU QUESTIONNAIRE DE SANTE CERFA N° 15699*01

DECHARGE MEDICALE

Je soussigné(e)

NOM : PRENOM :

Tél fixe : Portable :

Adresse :

.....

Mail :

Agissant en qualité de : Père* Mère* Autre* (à préciser).....
(* barrer les mentions inutiles)

Représentant légal de l'ENFANT :

NOM de l'enfant : PRENOM :

Date de naissance :

ou pratiquant moi-même l'activité Danse ou Barre au sol
Personne à contacter en cas d'urgence :

Certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé lors de la demande d'inscription.

Cette attestation est valable uniquement pour la saison 2024/2025

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MEDICAL de moins de 3 mois,
- si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions du formulaire de santé,
- pour une première inscription,
- ou lorsque le certificat en possession de l'Association a déjà couvert 3 années d'activité Danse ou Barre au sol.

Brindas, le

Signature

Je soussigné(e)

NOM : PRENOM :

Agissant pour l'enfant désigné ci-contre

ou pratiquant moi-même l'activité Danse ou Barre au sol

Déclare autoriser l'Association des Familles de Brindas en cas d'accident :
- à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales nécessaires
- à faire transporter mon enfant par les pompiers à l'hôpital le plus proche,
en cas d'urgence.

MEDECIN TRAITANT :

NOM :Téléphone :

Hôpital éventuellement désiré :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

.....

Brindas, le

Signature
(précédée de la mention «**Lu et approuvé** »)