

FICHE DECHARGE SANTE



ÉCOLE DE DANSE

Je, soussigné(e),

_____ , responsable légal(e) du pratiquant *(rayer la ligne pour les majeurs)*

(NOM et prénom) _____ , inscrit(e) aux cours de danse du

(Jour, Heure ou dates du Stage) _____ , proposées par l'école de

danse Crazy Mouv', certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou de limiter la pratique d'activités physiques.

J'atteste que le pratiquant, ci-dessus mentionné, n'a pas subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fait pas l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques.

J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à l'état de santé actuel du pratiquant concerné.

Je m'engage à signaler au responsable de l'école toute modification de l'état de santé susceptible d'infirmier cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

le ___ / ___ / ___

Signature *(du responsable légal pour les mineurs)*

FICHE DE LIAISON SANITAIRE POUR LES ACTIVITÉS

(Hors Séjours)



ÉCOLE DE DANSE

ETAT CIVIL

Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

Adresse :

LE PRATIQUEUR, OU SON RESPONSABLE *(pour les mineurs)*

N° Sécurité Sociale :

Responsable légal (père, mère ou autre, le cas échéant) :

Tél. Domicile : Prof. : Port. :

INDICATIONS MEDICALES

Vaccination tétanos : date vaccin : date rappel :

Allergie(s) oui non Si oui commentaire :

Asthme oui non

Diabète oui non

Epilepsie oui non

Autre(s) pathologie(s) :

Antécédents médicaux : (intervention(s) chirurgicale(s), accident(s), fracture(s), traumatisme(s), lésion(s) musculaire(s)) :

Recommandation(s) utile(s) (port de lunettes, lentilles, appareils : acoustique, dentaire, prothèse, etc.) :

DECHARGE

Je soussigné(e)....., responsable légal du pratiquant
(à compléter, le cas échéant)....., déclare exacts les
renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise Crazy Mouv' à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Signature du pratiquant ou du représentant légal:

*Nota : AUCUN TRAITEMENT MEDICAL NE
SERA ADMINISTRE PAR L'ECOLE NI PAR
AUCUN DES MEMBRES DE L'ENCADREMENT*