

FICHE DE RENSEIGNEMENT 2020

ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____
 Date de naissance : _____ Club : _____

Taille maillot / tee-shirt : XS - S - M - L - XL - XXL

PARENTS

NOM des parents (ou du tuteur légal) : _____ Adresse e-mail : _____
 Adresse habituelle : _____
 Adresse durant le stage : _____

Téléphones : Domicile: _____ Portable _____

SEMAINE CHOISIE (cochez votre choix)

1. Du Dimanche 5 juillet au Samedi 11 juillet Interne Demi-pensionnaire
 2. Du Dimanche 12 juillet au Samedi 18 juillet Interne Demi-pensionnaire

A COMPLETER PAR LE MEDECIN

GROUPE SANGUIN		Date	Rappel
Diphtérie	OUI ○	NON ○	Vaccin Diphtérie / Tétanos	
Rougeole	OUI ○	NON ○	Vaccin Diphtérie/Tétanos/Typhoïde	
Otite	OUI ○	NON ○	Vaccin B.C.G.	
Scarlatine	OUI ○	NON ○	Vaccin anti-Polio	
Asthmes	OUI ○	NON ○		

Interventions chirurgicales subies et dates :

Remarques ou recommandations particulières :

Cachet du médecin

J'autorise mon enfant à participer au stage de Rugby et permet toute intervention médicale et radiologique dont il pourrait avoir besoin au cours du séjour. **SIGNATURE DES PARENTS :**