



apcop78secretariat@gmail.com

Tel : 07 49 92 19 82

apcop.fr

FICHE D'INFORMATION MEDICALE MINEUR | SAISON 2025-2026

A compléter et à adresser par mail à : apcop78secretariat@gmail.com

NOM : NOM & PRENOM de l'enfant : DATE DE NAISSANCE :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur l'enfant en cas de problème, accident ou maladie. Nous vous demandons de bien vouloir la remplir avec attention.

1. AUTORISATION DE SOINS

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, l'animateur de l'atelier fera appel au SAMU et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela, merci d'indiquer le **N° de téléphone ou vous pouvez être joint le plus rapidement :**

Père : Mère : Responsable légal :

Je soussigné Monsieur/Madame

responsable légal de l'enfant

autorise tout examen, soins ou hospitalisation nécessaire en accord avec un avis du corps médical.

Fait à, le

Signature du Responsable Légal
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ALLERGIES, PROBLEMES PARTICULIERS : quelle conduite devons-nous tenir dans ce cas ?

.....
.....

3. DROIT A L'IMAGE

Je soussigné, Monsieur/Madame

responsable légal de l'enfant

autorise/n'autorise pas (*raier la mention inutile*) l'APCOP à utiliser sur son site internet, les photos et vidéos de mon enfant prises dans le cadre des ateliers ou autres activités diverses de l'association.

Fait à, le

Signature du Responsable Légal
Précédée de la mention « Lu et approuvé »