



FICHE MEDICALE

Année de l'inscription : _____

EN CAS D'URGENCE, INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER :

En complétant cette fiche, vous acceptez que l'association mémorise et traite informatiquement vos données médicales collectées dans ce formulaire pour l'usage exclusif du personnel de l'association, des personnes secouristes et/ou médicales devant intervenir en cas d'urgence et conformément à la déclaration de confidentialité de l'association.

Les « informations médicales » sont des informations que vous jugez utiles de nous communiquer. Ces données sont conservées pendant 6 mois à compter du départ du membre de l'association.

En cas d'opposition au traitement de ces données, et si ces clauses vous semblent abusives, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous pouvez obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant, en adressant un courrier électronique à l'association : capoeirasomdogunga@gmail.com

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Allergies ou traitement spécifique :

Recommandations utiles / Traitement médical / Difficultés que vous souhaitez communiquer :

Je soussigné(e) autorise les représentants de l'association Capoeira Som Do Gunga à faire pratiquer mon transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquées, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.

Fait à _____, le _____

Signature