

FICHE SANITAIRE

Nom du licencié :

Prénom du licencié :

Date de naissance :

GARÇON FILLE

Groupe sanguin :

Régime de prévoyance :

N° de sécurité sociale :

Régime complémentaire:

Nom de la mutuelle :

N° de contrat :

Allergies

Asthme : oui non Alimentaires : Oui Préciser Non

Médicamenteuses : oui Préciser..... Non :

Prothèse : oui non

Lentilles : oui non

Hémophile : oui non

Épileptique : oui non

Précisez si votre enfant est concerné par un traitement : Oui Préciser..... Non

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné(e), Mme, Mr.....

demeurant.....

Père, Mère, représentant légal de*.....

Autorise les responsables ou dirigeants de l'équipe à prendre, en cas d'accident ou de maladie, toutes les mesures nécessaires concernant l'état de santé de mon enfant (consultation de médecin, hospitalisation, etc...).

Fait à.....Le..... Signature

**rayer la mention inutile*