



Références du club :



FICHE D'URGENCE MEDICALE

Références de l'enfant mineur :

Numéro de licence :

NOM :PRENOM :

Date de naissance :

Références des parents ou titulaires de l'autorité parentale :

NOM :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :

NOM :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :

En cas d'urgence médicale, l'Association s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
En tant que de besoin les parents autorisent l'association à faire transporter l'enfant par les moyens les plus adaptés vers le site médical le plus approprié. Il appartient à celui-ci de prendre les contacts nécessaires avec la famille pour la définition des soins à apporter.

Afin de pouvoir vous contacter, veuillez nous donner les coordonnées téléphoniques suivantes :

	N° Téléphone fixe	N° Téléphone portable	N°Téléphone travail
Père			
Mère			

Observations que vous souhaitez formuler (allergies, traitement en cours..).

.....
.....
.....

Ce document n'est pas soumis à la règle de la confidentialité.

Il vous appartient de notifier à l'association toutes les modifications de coordonnées survenant en cours d'année.

Fait à, le

Signatures des Parents / Titulaires de l'autorité parentale

