



## FICHE MÉDICALE / URGENCE

### ADHÉRENT N° 1

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Spécificités médicales : .....  
Personne à contacter en cas d'urgence : .....  
Lien de parenté : .....  
N° de téléphone 1 : ..... N° de téléphone 2 : .....

---

### ADHÉRENT N° 2

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Spécificités médicales : .....  
Personne à contacter en cas d'urgence : .....  
Lien de parenté : .....  
N° de téléphone 1 : ..... N° de téléphone 2 : .....

---

### ADHÉRENT N° 3

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Spécificités médicales : .....  
Personne à contacter en cas d'urgence : .....  
Lien de parenté : .....  
N° de téléphone 1 : ..... N° de téléphone 2 : .....

---

## AUTORISATION

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_,

père - mère – responsable légal de(s) l'enfant(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

autorise le responsable de l'activité à prendre toutes les dispositions médicales qui s'avèreraient nécessaires pour moi-même ou mon(es) enfant(s), dans le cadre des cours et des compétitions.

Fait à :  
Le :  
Signature