



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