



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