



FICHE MÉDICALE

Nom de l'enfant :	Prénom :
Né(e) le :/...../.....	à :

Couverture Sociale

Nom et Prénom du responsable : _____

Téléphone fixe : _____ Mobile : _____

N° Assuré Social :

Nom de la Mutuelle : _____

Autre personne à prévenir en cas d'accident

Nom et Prénom : _____

Téléphone : _____

Médecin traitant

Nom et Prénom : Dr _____

Téléphone : _____

Particularités médicales/Allergie

Je soussigné(e) Mr/Mme, responsable de l'enfant autorise les responsables du club à prendre toutes les décisions qui s'imposent en cas d'accident.

Signature précédée de la mention « Bon pour pouvoir »

JOINDRE A CE DOCUMENT UNE ATTESTATION DE DROITS A L'ASSURANCE MALADIE A JOUR ET POUR LA SAISON ENTIERE