



# 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**