

AUTORISATION PARENTALE FICHE INTERVENTION MEDICALE D'URGENCE



A remettre aux responsables de l'action

Je soussigné/nous soussignés,

agissant en qualité de représentant/s légal/aux de l'enfant mineur :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

N° de licence (13 chiffres) :

Mutuelle : nom, adresse et téléphone :

.....

- l'autorise/l'autorisons à participer, tout au long de la saison sportive en cours aux stages et/ou compétitions - FFG ainsi qu'à, le cas échéant, qu'à toutes activités extra sportives organisées par le REVEIL DE ROMPSAY PERIGNY au cours des diverses actions engagées, sous la responsabilité de personnes majeures. En cas d'accident la famille sera prévenue le plus rapidement possible.

- j'accepte/ nous acceptons que mon/notre enfant soit hospitalisé/e en cas d'urgence et

- j'autorise/nous autorisons les responsables du Club présents de prendre toutes dispositions dans l'intérêt de l'enfant.

Ce document sera remis au personnel médical prenant en charge l'enfant.

Informations à caractère d'urgence

Si vous n'avez rien à signaler pour votre enfant merci d'indiquer « RAS ».

Groupe sanguin :

Allergies :

Contre indications médicamenteuses :

Problèmes médicaux à caractère d'urgence :

Traitements réguliers :

Directives médicales en cas d'urgence :

Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'accident

N° de téléphone du domicile des parents :

N° de téléphone du travail de la mère :N° de mobile :

N° de téléphone du travail du père :N° de mobile :

Nom et n° de téléphone d'une personnes susceptibles de prévenir les parents rapidement :

.....

Nom, adresse et n° du téléphone du médecin traitant :

.....

Fait à, le

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé" »