



# AUTORISATION PARENTALE FICHE D'URGENCE



Je soussigné(e) / nous soussignons, .....  
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 à participer, tout au long de la saison sportive **2024-2025** :

- aux stages organisés par le club de la SGS UNION HAGUENAU
- le cas échéant à toutes les activités touristiques, culturelles, de loisirs et sportives organisées par la SGS UNION HAGUENAU dans le cadre desdits stages
- aux déplacements nécessités par ces activités

Je suis informé(e) que le club de la SGS UNION HAGUENAU organise les déplacements dans le cadre de ses activités par différents moyens : transport en commun, véhicule personnel, véhicule de location conduit par la personne missionnée à cet effet.

En cas d'accident, les responsables de la SGS UNION HAGUENAU préviennent la famille dans les plus brefs délais.

- j'accepte que mon enfant ..... soit hospitalisé(e) en cas d'urgence et

- j'autorise les responsables de la SGS UNION HAGUENAU à prendre toutes les dispositions nécessaires à cet effet.

Les responsables de la SGS UNION HAGUENAU remettront le présent document au personnel de santé qui prendra en charge mon 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 : .....

Responsable légal 1 : N° du mobile : ..... N° du travail : .....

Responsable légal 2 : N° du mobile : ..... N° du travail : .....

Nom et n° de téléphone d'une personnes susceptible 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 »