



FICHE MÉDICALE

Identification du jeune :

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ N° Ass. Maladie : _____ Exp. : _____
Adresse complète : _____ Téléphone : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____
Téléphone : _____ 2^e téléphone : _____

Renseignements généraux :

Allergies : _____

Médication en cours : _____

Si nécessaire, autres informations utiles : _____

Autorisation :

Je soussigné Mr Mme Melle _____ autorise mon enfant _____ à pratiquer les activités sportives prévues au programme.

De plus, *en cas d'urgence*, j'autorise les responsables et/ou le personnel médical à prendre les mesures nécessaires pour soigner l'enfant ci-dessus nommé.

Signature du répondant : _____ Date : _____