

FICHE MÉDICALE 2024-2025

Nom du licencié : Prénom :

Date de naissance : Groupe sanguin

Adresse complète 1^{er} parent :
.....

E-mail : ☎

Adresse complète du 2^{ème} parent :
.....

Nom du médecin traitant : ☎

Allergies :

Médicament en cours :

Vaccin : date du dernier vaccin anti-tétanique : Rappel :

Remarques médicales :
.....

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné, autorise mon enfant à participer aux déplacements de l'Association Sportive dans le cadre des compétitions officielles ou amicales, challenges, concours, rencontres ainsi qu'aux divers stages et donne pouvoir aux responsables pour prendre, en mon nom, toutes décisions qu'ils jugeront utiles en cas d'urgence (maladie, accident), y compris l'hospitalisation et l'anesthésie générale.

Écrire en toutes lettres : « Lu et approuvé pour autorisation parentale » et signer

A Le

Signature des parents ou du représentant légal