



FICHE DE RENSEIGNEMENT INDIVIDUEL

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Je soussigné Monsieur, Madame(*)

Nom.....Prénom.....

Agissant en tant que : Père, Mère ou Tuteur (*)

Autorise le transfert de mon enfant mineur :

Nom.....Prénom.....

par un service d'urgence (Pompiers, SAMU, etc...) au centre hospitalier le plus proche, pour que puisse être pratiqué, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale y compris une anesthésie.

Je souhaite toutefois, dans la mesure du possible, qu'il soit dirigé vers : l'hôpital - la clinique (*) de :

Nom de l'établissement médical.....

Adresse.....

Personnes à contacter en cas d'urgence

✓ **Choix n° 1 :**

NOM :PRENOM.....

Lien de parenté :

Téléphone domicile.....Téléphone portable.....

Téléphone travail.....Numéro de poste

✓ **Choix n° 2 :**

NOM :PRENOM.....

Lien de parenté :

Téléphone domicile.....Téléphone portable.....

Téléphone travail.....Numéro de poste

Observations particulières que vous jugerez utiles de nous apporter (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

.....
.....

Fait à :.....Le :/...../ 20.....

Signature : Père, Mère, ou des représentants(*) légaux: Précédé de la mention « Bon pour autorisation »

Cette autorisation est valable pour la saison sportive 2017-2018.

Nom et Prénom.....

(*)Railler la ou les mention(s) inutile

Signature