



FICHE EN CAS D'URGENCE

Coordonnées :



Mme Mlle Mr

NOM

du

licencié

:

PRENOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Mme Mr NOM : _____ Tél. : _____

Mme Mr NOM : _____ Tél. : _____

Mme Mr NOM : _____ Tél. : _____

Dans le cas où il serait impossible de joindre les personnes ci-dessus, j'autorise le Responsable de l'entraînement à prendre toutes les dispositions nécessaires pour faire soigner (NOM Prénom)

Précisions médicales :

Le licencié :

ne présente aucune contre-indication médicale connue à ce jour.

présente les contre-indications médicales ci-dessous :

Allergies : _____

Renseignements complémentaires :

Un des parents est secouriste :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> du travail		<input type="checkbox"/> autre : _____
Si oui, titulaire de :	<input type="checkbox"/> PSE 1	<input type="checkbox"/> autre : _____

Date : ____ / ____ / _____

Signature (*représentant légal si mineur*) :