



SC CHATEAURENARDAIS

18 Lot le Sameur,
13160 CHATEAURENARD
06.72.45.43.37



Fiche Médicale

Nom et prénom du coureur (euse) :

Nom et prénom du parent assuré :

Numéro de sécurité sociale du parent assuré :

Numéro de carte de mutuelle :

En cas d'accident dans le cadre de l'entraînement, clinique ou hôpital souhaité(e) :

.....

Nom du médecin traitant :

Adresse :

N° de téléphone :

Personne à prévenir en cas d'urgence (Obligatoire)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. portable : Tél. domicile : Mail :

Autorisation parentale

Je soussigné(e) : père, mère, tuteur de l'enfant (1).....

Soit hospitalisé en cas d'urgence et autorise son entraîneur/éducateur à prendre les décisions nécessaires.

Fait à : le Signature :

(1)Rayer la mention inutile

Allergies/Contre-indications (Obligatoire)

Notez ci-dessous les allergies alimentaires et médicamenteuses connues ainsi que les différentes précautions et/ou contre-indications concernant votre enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....