

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

NOM DU CLUB :

NOM :PRENOM :

Date de naissance : N° de licence :

Nom et prénom du père (*si mineur*) :

Nom et prénom de la mère (*si mineur*) :

Numéro de Sécurité Sociale de l'assuré :

Adresse et n° de téléphone de la famille :

.....

Vaccinations : DT Polio BCG

En cas d'accident, prévenir :

.....N° de tél :

.....N° de tél :

AUTORISATION PARENTALE

En cas d'urgence, j'autorise le responsable du CD44 à faire admettre mon enfant :.....

AU CENTRE HOSPITALIER LE PLUS PROCHE

J'autorise également le responsable à faire pratiquer sur le mineur, les interventions chirurgicales d'urgences éventuelles, sous anesthésie, selon les prescriptions du médecin.

OUI NON

OBSERVATIONS :

(Contre-indications éventuelles relatives à la santé de l'enfant, situation de famille, etc ...)

.....
.....
.....
.....

DATE ET SIGNATURE :