

AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

CAVALIER MINEUR

Nom		Prénom	
Date de naissance N°	 / /	E-mail	
licence FFE	 / / / / /	Club	
		Adresse	
Tél	Mob. / / / /	Fixe	 / / / /
Nom du/des représentant(s) légal (aux) :		Tel n°1 : / / / /	
.....		Tel n°2 : / / / /	
.....			

Je soussigné(e)(s), titulaire(s) de l'autorité parentale,

☐ Mère :

☐ Père :

☐ Représentant légal :

- Reconnaît avoir rempli consciencieusement la fiche sanitaire de liaison concernant mon enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- En cas de nécessité pour l'état de santé de mon enfant, autorise par avance le service de secours intervenant sur les lieux de l'activité à laquelle mon enfant mineur participe :
☐ à prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence sur mon enfant ;

☐ à hospitaliser, et/ou à pratiquer tout acte chirurgical, médical et anesthésique sur mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A, le.....

*Signatures du / des titulaire(s) de l'autorité parentale
précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé »*



NOM PRENOM (en majuscule):



Porter la fiche à un endroit visible

Mes coordonnées

N°Licence FFE :

Date de naissance :

Numéro de téléphone portable :

Adresse :

Personne à prévenir

NOM Prénom :

Parenté :

Téléphone :

Adresse :

Proche présent sur le site

NOM Prénom :

Téléphone portable :

2

Médecin traitant

NOM :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Mes informations médicales

Groupe Sanguin et Rhésus si connus :

Antécédents médicaux et chirurgicaux à signaler :

3

Prothèse Dentaire :

- haut : oui ☐ non ☐
- bas : oui ☐ non ☐

Allergies connues :

Eventuel traitement en cours :

4