

FICHE MEDICALE

44780 MISSILLAC

Responsable légal du Judoka

Nom Prénom

Né(e) à

Adresse

N° de Sécurité Sociale

N° de Mutuelle

Adresse Mutuelle

Nom, N° de téléphone et Adresse du médecin traitant

Personne à prévenir Tél :

Autre personne Tél :

Allergie connue

Groupe sanguin Rhésus

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné,, autorise le Club ou les responsables du DOJO de Missillac à prendre toutes les décisions, les mesures d'urgence en cas d'interventions médicales ou chirurgicales nécessaires pour mon enfant à l'occasion des compétitions officielles ou amicales, des stages organisés par le DOJO, ou autres Clubs, ainsi que lors des déplacements effectués pour ces manifestations, soit transport en commun, soit en voiture particulière.

En cas d'hospitalisation, je souhaite que mon enfant soit conduit de préférence à

A Missillac, le/...../.....

Signature des parents (ou représentant légal) :

