

Renseignements

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

N° de téléphone (en cas d'urgence) :

Adresse :

.....

.....

Date de naissance : / /

Taille :

Poids :

Nom, adresse et numéro de téléphone de votre Médecin traitant:

.....

.....

Nom et adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie :

.....

.....

N° Sécurité Sociale :

Nom et adresse de votre Assurance Complémentaire Maladie (mutuelle):

.....

.....

N° Adhérent :

Date du dernier rappel antitétanique :

Votre enfant souffre-t-il d'allergies? : - Médicamenteuses oui non

- Alimentaires oui non

- Asthmes oui non

Précisez :

.....

.....

Votre enfant a-t-il une contre-indication médicale? : oui non

Précisez :

.....

.....

Autorisation de soins médicaux

pour les enfants mineurs à remplir par les parents

Représentant Légal :

Père:	Mère:
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Adresse:	Adresse:
.....
.....
Tél:	Tél:
Mail:	Mail:

Je soussigné (é)
parent de l'enfant

autorise le responsable technique ou l'accompagnant à faire donner au mineur,
tous les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires en cas d'accident ;
intervention chirurgicale urgente, après consultation d'un praticien.

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques)
éventuels avancés pour mon compte au responsable technique et/ou
l'accompagnant.

Je déclare exact et sincère tous les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à : le :

Signature(s):

Joindre

- fiche de renseignements complétée et signée.
- l'autorisation parentale (saison en cours) de la fédération française de handball.
- photocopie de la carte d'identité.
- photocopie de l'attestation carte vitale.
- photocopie de l'attestation carte mutuelle.