



SAISON 2023/2024

FICHE SANITAIRE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Groupe sanguin :

VACCINS A JOUR : OUI NON

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (noter OUI ou NON)

RUBEOLE :	VARICELLE :	SCARLATINE :	OREILLONS :
COQUELUCHE :	OTITES :	ROUGEOLE :	

Recommandation des parents – Autres problèmes de santé (en précisant les dates, maladies, accidents, crises convulsives, ...)

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN(E) LICENCIE(E) MINEUR(E)
--

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable de la catégorie fera appel à un médecin, au SAMU, et vous préviendra le plus rapidement possible.

Je soussigné(e) NOM, Prénom & Qualité :

.....

En cas d'accident de (NOM, Prénom de l'enfant) :

.....

Autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.
- Le responsable de l'Association (ou représentant du club), de la LIGUE ou de la FFR :
 - o À prendre toutes mesures utiles, notamment à demander son admission en établissement de soins.
 - o À reprendre l'enfant à sa sortie en cas d'indisponibilité absolue du représentant légal du mineur.

Fait à le :

Signatures

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (Coordonnées des personnes à joindre en cas d'accident)

Nom-Prénom Père :

Nom Prénom Mère :

Téléphone :

Téléphone :

Autre personne à contacter :

Téléphone :

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

STADE MARCEL GARCIN
 77, rue des Montées
 45100 Orléans
02 38 51 15 15
 accueil@rcorleans.com



<https://rcorleans.ffr.fr>