



FICHE D'URGENCE

SAISON 20 – 20

Je soussigné(e),

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Adresse/Ville :

Tél : /

représentant légal de l'enfant

Nom : Prénom : Né le : / /

autorise la JALT par son représentant présent sur place, s'il n'a pas pu me contacter, à faire hospitaliser mon enfant, en cas de maladie(s), blessure(s), ou d'accident(s) survenus pendant l'activité sportive (entraînement, match, transport).

Après les soins et si son état de santé le permet, j'autorise également la JALT, par son représentant, à assurer la sortie de mon enfant de l'hôpital afin qu'il soit raccompagné à notre domicile par un accompagnateur du club.

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

1. Nom : Qualité : Tél :

2. Nom : Qualité : Tél :

3. Nom : Qualité : Tél :

Fait à , le/...../.....

Signature du représentant légal :

Qualité :

Médecin traitant : Nom : Tél :

Informations médicales concernant des allergies médicamenteuses et/ou contre-indications en cas d'hospitalisation :

Nb : merci de ne pas indiquer les allergies alimentaires ou des antécédents médicaux sans rapport avec la pratique sportive