



Association du  
Hockey Mineur **SOUJANGES**



# Fiche médicale

À remplir en lettres moulées S.V.P

Nom de l'enfant :	
Adresse :	
Ville :	
Nom et téléphone des parents:	
Père:	Mère:
Date de naissance :	
No Ass-maladie :	Expiration :
Médecin de famille :	Téléphone:
Infos médicales : (allergies ou autre)	
Personne à rejoindre en cas d'accident ou d'urgence, si les parents ne sont pas disponibles:	
Nom:	Téléphone:
Nom:	Téléphone:
Signature du parent :	
Date :	

Par la présente, j'autorise le médecin et le personnel médical à examiner et procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant. J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (entraîneur, médecin) lorsque jugé nécessaire.