

FICHE DE LIAISON MÉDICALE

Cette fiche est destinée à permettre au médecin, qui verra éventuellement votre enfant de connaître ses antécédents et les contre-indications éventuelles. Il est de votre responsabilité de mettre à jour ces informations tout au long de la saison sportive. Cette fiche est soumise au secret médical. Elle peut être placée dans une enveloppe portant lisiblement le nom de l'adhérent. Elle sera conservée par l'entraîneur et remise en cas de nécessité au médecin consulté.

Nom : Prénom :
Date de naissance : Nom du Médecin Traitant :
N° de sécurité sociale : Tél du Médecin Traitant :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

| Personne 1 | Personne 2 | Personne 3 |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Téléphone : | Téléphone : | Téléphone : |
| Lien de parenté : | Lien de parenté : | Lien de parenté : |

Allergies connues à des médicaments ou à des substances diverses :
.....

..... votre enfant est-il à

jour des vaccinations :

- Oui
 Non

Traitements médicaux en cours (avec si possible photocopie de l'ordonnances) :

Remarques

particulières :

Autorisation médicale :

En cas d'urgence, les médecins pratiquent les examens, les actes chirurgicaux et anesthésiques, avec le consentement des parents. Ainsi, en votre absence ou si vous êtes injoignable, une demande d'autorisation auprès du Procureur de la République sera réalisée pour qu'il statue légitimement au regard des intérêts de votre enfant mineur. L'autorisation, ci-dessous est destinée à éviter ces démarches et tous retards de prise en charge en attendant votre présence dans l'établissement de soins.

Je soussigné(e), M ou Mme, représentant légal de
Mlle, autorise le médecin à réaliser tous les soins urgents indispensables
pour sauvegarder la vie et la santé de mon enfant.

Date :/...../.....

Signature :

Faire précéder de la mention "lu et approuvé"