



FICHE MÉDICALE

LE PRATIQUANT

Nom :

Prénom(s) :

LE MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Téléphone :/...../...../...../.....

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom – Prénom :

N° tél Portable :/...../...../...../..... N° tél Domicile :/...../...../...../.....

Nom – Prénom :

N° tél Portable :/...../...../...../..... N° tél Domicile :/...../...../...../.....

EN CAS D'HOSPITALISATION

Nom de l'Hôpital ou de la Clinique :

Informations complémentaires que vous jugez nécessaires de porter à la connaissance du club (Antécédents médicaux, Allergies...) :

.....
.....
.....

Je soussigné(e) en qualité de Père – Mère – u *

donne pouvoir aux responsables du Shotokan Karaté de Jouy le Moutier, pour qu'ils

Date :

Signature de l'adhérent (ou du responsable légal) :

* Rayer la mention inutile