

LA POSTILLONNE OMNISPORTS DE LONGJUMEAU

Section Roller Sports

84 rue du Président MITTERRAND - Bat. D (RdC)
91160 LONGJUMEAU
TEL/Fax : 33 (0) 1 64 48 35 28



AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'URGENCE SAISON 2021-2022

Je soussigné(e) père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles) :

NOM :

Prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Représentant légal de mon fils, ma fille (rayer la mention inutile) :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

à :

autorise le club, en cas d'accident, à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant y compris l'hospitalisation, la réalisation d'examens complémentaires, la réalisation d'une anesthésie locale ou générale et l'intervention chirurgicale, sachant que mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par les sapeurs-pompiers ou le SAMU et sachant que le club s'engage à informer le représentant légal de la situation de son enfant.

Personnes susceptibles de pouvoir contacter rapidement le représentant légal et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas de son indisponibilité (sur présentation d'une pièce d'identité) :

NOM :

Prénom :

Tél :

NOM :

Prénom :

Tél :

N° de sécurité sociale :

LA POSTILLONNE OMNISPORTS DE LONGJUMEAU

Section Roller Sports

84 rue du Président MITTERRAND - Bat. D (RdC)
91160 LONGJUMEAU
TEL/Fax : 33 (0) 1 64 48 35 28



Renseignements médicaux :

L'enfant est-il sujet à des allergies ? (Rayer les mentions inutiles)

Asthme :	OUI	NON
Alimentaires :	OUI	NON
Médicamenteuses :	OUI	NON
Autres :	OUI	NON

Observations particulières sur la santé de l'enfant :

Je déclare exacts ces renseignements et je m'engage à transmettre au club toutes modifications concernant ces informations.

Fait à

le :

Signature
précédée de la mention « lu et approuvé »