

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de la remettre à l'éducateur en charge de votre enfant qui en prendra connaissance et les joindra au dossier de votre enfant. Les informations confidentielles sont destinées uniquement à l'éducateur et, le cas échéant, aux services médicaux.

IDENTITÉ DU JOUEUR

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____
Né(e) le : _____ Garçon Fille

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DU JOUEUR

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Ville : _____

Coordonnées téléphoniques du père Coordonnées téléphoniques de la mère

Domicile : _____ Domicile : _____

Mobile : _____ Mobile : _____

Travail : _____ Travail : _____

Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)

Courriel du père

Courriel de la mère

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JOUEUR

Le joueur suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI*, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

*Utile en cas de déplacement ou séjour organisé par l'ETGFC.

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné au joueur sans ordonnance

Le joueur a-t-il des allergies ? Asthme : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres : _____

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

AUTORISATION

➤ **En cas d'urgence** un joueur accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers **l'hôpital** le plus adapté.

➤ **Autorisation d'intervention chirurgicale**
Nous soussignés, Madame et/ou Monsieur _____ autorisons l'anesthésie de notre fils (fille) _____ au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il (elle) aurait à subir une intervention chirurgicale.

A _____ le _____

Signature des parents