

AEB Gym Chambéry
728 Avenue de la Motte Servolex
73000 CHAMBERY



FICHE D'URGENCE A REMPLIR PAR LES PARENTS OU LE REPRESENTANT LEGAL

Nom du gymnaste mineur:
Prénom du gymnaste mineur:
Date de Naissance : Sexe :
Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

Numéro et adresse du centre de sécurité sociale :

En cas d'accident, le club s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant les numéros de téléphone suivants :

N° téléphone du domicile :
N° du travail du père :
N° du travail de la mère :
Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

En cas d'urgence, un gymnaste accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le centre médical le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un gymnaste mineur ne peut sortir du centre médical qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE valable du 14/09/2009 au 14/07/2010

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame,,
en tant que Représentant Légal, 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.

Fait à

Le

Signatures des parents :

Date du dernier vaccin antitétanique :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance du club (Allergies, Traitement en cours, Précautions particulières à prendre, etc) :

NOM, Adresse et N° de téléphone du médecin traitant :

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

