



FICHE DE LIAISON SANITAIRE 2024-2025

PHOTO
D'IDENTITE

Association Sportive « JKA GROFFLIERS »

Ce document interne à la section doit être constamment à disposition des instructeurs et/ou animateur lorsqu'ils encadrent une séance d'entraînement et lors des « entraînements compétitions JKA »

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin

Groupe sanguin : _____ Soucis de santé / Allergies : _____

EN CAS D'URGENCE

Nom et numéro de la ou les personnes à joindre :

- NOM : _____ TEL / PORTABLE : _____
- NOM : _____ TEL / PORTABLE : _____
- NOM : _____ TEL / PORTABLE : _____

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : _____ TEL : _____

Adresse du médecin traitant : _____

N° de sécurité sociale _____

Mutuelle (merci de nous fournir une copie de votre carte mutuelle)

Je déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise la prise en charge médicale de de tous incidents survenant lors de la pratique.

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant ou élève majeur, déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise la section karaté « JKA GROFFLIERS » à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'hospitalisation à caractères d'urgences, tant médicales que chirurgicales. J'autorise la prise en charge médicale de tous incidents survenant lors de la pratique.

Je donne mon accord pour une participation aux cours régionaux, entraînements et compétitions.

Fait à _____ le _____

Signature de l'adhérent ou du responsable légal

Père Mère Tuteur légal