



## FICHE MEDICALE

(Concerne les catégories de EDH à U20 )

**NOM - Prénom :**

N° Sécurité Sociale : ..... ( joindre photocopie carte ou attestation)

Caisse Complémentaire : ..... (joindre copie mutuelle)

Groupe sanguin : .....

Nom et Adresse du Médecin traitant : .....

..... Téléphone : .....

**Responsable légal**

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... Portable .....

Adresse Mail : .....

**Traitements suivis et allergies :**

Je soussigné(e), M. / Mme .....

Mère / père / tuteur légal de l'enfant .....

Né(e) le : ..... à .....

Autorise, en cas d'accident ou de maladie survenus dans le cadre d'activités ou de déplacements sportifs du :  
Hockey Club de Caen – 8, rue de Jean de la Varende – 14000 CAEN,

les médecins de l'établissement hospitalier du secteur concerné au moment de la réalisation de l'activité sportive à pratiquer tous soins, interventions et actes chirurgicaux et d'anesthésie nécessités par l'état de santé de mon enfant.

J'autorise ma fille / mon fils .....

à entrer et ressortir de l'établissement accompagné d'un des responsable du Hockey Club de Caen qui présentera une pièce d'identité.

Fait à Caen le .....

Signatures des parents ou du tuteur légal précédées de la mention « lu et approuvé »

Signature :