

FICHE D'URGENCE MEDICALE

Je soussigné(e)/nous soussignés (Nom et prénom des représentants légaux ou du représentant légal) :

.....
.....

Domicilié(s)(e) au :

.....
.....

Autorise (ent) les membres de l'encadrement administratif et /ou technique du District des Alpes de Football à prendre toutes dispositions en cas de maladie ou d'accident et notamment à avertir les services de secours d'urgence afin que le joueur mineur
(Nom et prénom) né(e) le soit orienté(e) vers la structure hospitalière la mieux adaptée.

Le District des Alpes de Football s'efforcera de prévenir les représentants légaux ou le représentant légal dans les meilleurs délais aux numéros suivants :

N° de téléphone domicile

N° de portable représentant 1

N° de téléphone du travail du représentant 1

N° de portable du représentant 2

N° de téléphone du travail du représentant 2

N° de téléphone le cas échéant d'une personne susceptible de vous prévenir

Observations éventuelles : (traitements médicaux, allergies, autres observations utiles.)

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

Fait à le

Signature du représentant légal /des représentants légaux,

