FICHE D’URGENCE MEDICALE

Je soussigné(e) (Nom et prénom du représentant légal)……………………………………………………………………..

Domicilié(e) au……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Autorise les membres de l’encadrement de l’ASA Tennis de table à prendre toutes dispositions en cas de maladie ou d’accident et notamment à avertir les secours d’urgence afin que le joueur mineur

(Nom et prénom)………………………………………………………………………né(e) le ....../……/………soit orienté(e) vers la structure hospitalière la mieux adaptée.

L’ASA Tennis de Table s’efforcera de prévenir le représentant légal dans les meilleurs délais aux numéros suivants :

Numéro d’urgence du représentant 1 ……………………………………………………………..

Numéro d’urgence du représentant 2 ……………………………………………………………..

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

L’ASA Tennis de table se dégage de toute responsabilité en-dehors des heures d’accueil d’entrainements dirigés du joueur mineur.

Fait à ……………………………. Le ………………………

Signature du représentant légal