

## FICHE DE LIAISON SANITAIRE 2024/2025

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Groupe sanguin (si connu) : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale de l'enfant : \_\_\_\_\_

Mutuelle Complémentaire Santé : \_\_\_\_\_ N° contrat : \_\_\_\_\_

Assurance complémentaire AIAC OPTION B OPTION C NON

Lunettes OUI NON Lentilles de contact OUI NON

Traitements médicaux particuliers / allergies / Régimes Alimentaires / informations complémentaires utiles :

---

---

---

---

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

N° domicile : \_\_\_\_\_ N° domicile : \_\_\_\_\_

N° mobile : \_\_\_\_\_ N° mobile : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION SUR UN ENFANT MINEUR 2024/2025

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_,

Père, Mère, Tuteur (barrer les mentions inutiles) de l'enfant mineur \_\_\_\_\_,

autorise les Responsables d'Equipe de la catégorie dans laquelle il évolue au sein du club de de Hockey-sur-Glace « LES OURS DE VILLARD-DE-LANS » au cours de la saison sportive 2024/2025 :

- à faire pratiquer toute intervention chirurgicale, anesthésie ou soins médicaux qui, en cas d'urgence apparaîtraient nécessaires ;

- à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation ;

- à lui administrer ou à appliquer les médicaments de la vie courante suivants, si son état le nécessite :

PARACETAMOL 500mg 1 à 2 comprimés selon le poids de l'enfant OUI NON

SPASFON – 1 comprimé OUI NON

ARNICA 9 CH – 4 granules/heure OUI NON

Désinfectant BISEPTINE OUI NON

Sérum physiologique OUI NON

Bombe de froid / poche de glace OUI NON

et ce dans le cadre des manifestations organisées par l'association, auxquelles il participe (déplacements, compétitions officielles ou amicales), que ce soit en France ou à l'étranger.

Date et signature du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »