

FICHE DE LIAISON SANITAIRE 2025/2026

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 ☐NONLunettes ☐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 2025/2026

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 2025/2026 :

- 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 ☐NONSPASFON – 1 comprimé ☐OUI ☐NONARNICA 9 CH – 4 granules/heure ☐OUI ☐NONDésinfectant BISEPTINE ☐OUI ☐NONSérum physiologique ☐OUI ☐NONBombe 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 »