

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 Club/Liges/ Comité Départemental deà 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 Club/ Ligue /Comité Départemental de 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 de la mère.....

N° de téléphone du travail de la mère

N° de portable du père.....

N° de téléphone du travail du père.....

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

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

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

Fait àle.....en deux exemplaires originaux.

Signature du représentant légal /des représentants légaux

NUMEROS UTILES :

La Commission Médicale ffgolf : Tél : 01.41.49.77.40 / Fax : 01.41.49.77.22

sportif@ffgolf.org

SAMU : 15 ou le SMUR le plus proche

Centre Antipoison (PARIS) : 01 40 05 48 48

Pompiers : 18