



Fiche sanitaire 2017/2018 – BASKETBALL

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Nom de chef de famille :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

Je soussigné(e) Nom..... Prénom.....

Représentant légal de l'enfant

Autorise le président ou animateur de Poissy Basket Association –à faire en mon nom, les soins qui seraient nécessaires à mon enfant qui seraient décidés par le corps médical. L'enfant sera dirigé en cas de besoin sur l'hôpital le plus proche.

Autorise le président ou animateur du Poissy Basket Association –à ramener mon enfant- à la fin des soins.

Poissy le :

Signature des parents :