



## Fiche sanitaire 2018/2019 – 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 :

Siège Social : Complexe Sportif Marcel CERDAN 129, avenue de la Maladrerie - 78300 POISSY

Tél : 01 39 65 26 76 – Mail : [poissy.basket.association@orange.fr](mailto:poissy.basket.association@orange.fr) – [www.poissybasket.com](http://www.poissybasket.com)