



## Union Sportive de GASNY

Saison 2009/2010

### AUTORISATION PARENTALE Fiche sanitaire

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....

Pour les joueurs mineurs, Nom du Représentant légal : .....

Père - Mère - Tuteur légal (*rayez les mentions inutiles*)

Adresse : .....

.....

.....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

En cas d'urgence personne à joindre : ....

Téléphone : .....

Nom du Médecin traitant : ..... Commune : .....

Téléphone du médecin : .....

Vaccination du joueur : date DTP : ..... rappel DTP : .....

Date BCG : ..... rappel BCG : .....

Observations médicales à communiquer et allergies connues : .....

.....

.....

Je soussigné *Père – Mère – Tuteur* (*rayez mention inutile*) : .....

accepte et autorise les dirigeants de l'U.S. Gasny Football Club à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de problème médical vis à vis de mon Enfant .....et, éventuellement, le diriger vers l'hôpital le plus proche.

Fait le : .....

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »