**H**and**B**all **C**lub

**G**aillon – **A**ubevoye

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX POUR LA SAISON 2017-2018

Je, soussigné, Madame, Monsieur :……,
demeurant à :……,

autorise d'une part :

-Les responsables du club à faire soigner mon enfant :……..,
et à faire pratiquer les interventions d'extrême urgence si besoin est, au cours des entraînements, rencontres de toute nature, déplacements, voyages, en France comme à l'étranger, et à signer une décharge de sortie en lieu et place du représentant légal.

-Le chirurgien à pratiquer tous les cas liés à l'intervention chirurgicale.

-L'anesthésiste réanimateur à pratiquer tous les actes détachables du processus opératoire.

autorise d'autre part :

-A pratiquer ou faire pratiquer tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, voire le cas échéant dans un autre centre hospitalier plus spécialisé.

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Groupe sanguin :…… Hémophilie : OUI NON
Allergies :…… Asthme : OUI NON
Cas particuliers :……

N° de téléphone en cas d'urgence :……...
Etes vous assuré social :……
Etes vous affilié à la caisse complémentaire ou :……..
A une mutuelle :…….....
Laquelle :……

Date : Signature : (précédée de la mention « lu et approuvé »)