



Budo Club de Magny-les-Hameaux

FICHE SANITAIRE

L'adhérent

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : Masculin Féminin Autre
Groupe sanguin (indicatif) : Rhésus : Positif
 Négatif

L'adhérent suit-il un traitement médical :

Précaution éventuelle à prendre en cas d'incident :

Allergie(s) :

Personne à contacter en cas d'incident

Lien¹ : conjoint, père, mère, autre précisez :

Nom : **Prénom (s) :**

Adresse :

GSM :

Bur :

Dom :

Si vous êtes mineur(e), la signature d'un de vos parents est obligatoire

Je soussigné(e)²

déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche concernant mon fils, ma fille :
.....

autorise en cas d'incident les services de soins à prendre en charge et éventuellement emmener à l'hôpital ma fille, mon fils :

Je soussigné(e) :

Date et signature initiale

Pour les majeur(e)s

Je soussigné (e), , déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche.

Date et signature initiale :

1 Rayer le cas échéant les mentions inutiles

2 Le responsable légal dans le cas d'une personne mineure

