



**ENTENTE SPORTIVE ET CULTURELLE
DU BICROSS CLUB DE MARTRAGNY
MAIRIE – RUE DE CREULLY – MARTRAGNY
14740 MOULINS-EN-BESSIN**

FICHE DE SOINS 2020 / 2021

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT :

NOM : _____ **Tél :** _____

NOM : _____ **Tél :** _____

ALLERGIES : OUI NON

Si oui, quel(s) type(s) d'allergie(s) :

PATHOLOGIES QUE LES SERVICES DE SECOURS DEVRAIENT CONNAÎTRE :

TRAITEMENT MÉDICAL DE LONGUE DURÉE : OUI NON

Si oui, lequel :

Je, soussigné, _____, responsable légal de l'adhérent* :

autorise en cas d'urgence, les responsables du club Entente Sportive et Culturelle du Bicross Club de Martragny à prendre toutes décisions utiles et nécessaires quant à ma santé ou celle de mon enfant.

Signature de l'adhérent ou de son représentant légal, le cas échéant, précédée de la mention « Bon pour autorisation » :

* Rayer la mention « responsable légal du pratiquant » si l'adhérent est majeur.