



ANGERS HOCKEY CLUB AMATEUR

Année sportive 2024-2025

pour les licenciés(es) mineurs(es)

FICHE MÉDICALE

DÉCHARGE D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) : père mère tuteur

responsable légal de l'enfant :

né(e) le : à

- autorise le responsable de l'AHCA – Angers Hockey Club Amateur à prendre toutes décisions qui s'imposent en cas d'accident ou de maladie survenus dans le cadre d'activités ou de déplacement sportif.

- autorise mon enfant à entrer et sortir de l'établissement hospitalier concerné accompagné d'un responsable de l'AHCA – Angers Hockey Club Amateur.

- autorise les médecins de l'établissement hospitalier concerné à pratiquer tous soins, hospitalisations, interventions chirurgicales, actes chirurgicaux et anesthésies que nécessite l'état de santé de mon enfant.

- précise que mon enfant est allergique à : (préciser : contre-indication médicamenteuse ...)

.....

- précise que mon enfant suit un traitement particulier (pathologie, traitement ...) :

.....

.....

N° de sécurité sociale de l'enfant: (joindre copie de l'attestation)

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant mineur est rattaché : (joindre copie de l'attestation)

Nom de la caisse complémentaire : (joindre copie carte mutuelle)

Groupe sanguin : (si connu)

Nom et adresse du médecin traitant :

N° de téléphone du médecin traitant :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

N° de téléphone portable  :

Fait à, le

SIGNATURE (précédée de la mention « lu et approuvé »)