



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur .....

N° au Conseil de l'Ordre (obligatoire) : .....

Certifie avoir examiné M. Mme. Melle : .....

et qu'il (qu'elle) ne présente aucune contre-indication pour la pratique du hockey sur glace

Allergies ?  oui  non

Antécédents ou maladies chroniques  oui  non

Traitement habituel  oui  non  
à préciser si nécessaire :

A :

Le :

Signature du médecin

Cachet du médecin

## FICHE SANITAIRE (à remplir par les parents)

Groupe sanguin : .....

Régime de prévoyance (fournir la copie du document), caisse : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Régime complémentaire (fournir la copie du document), nom de la mutuelle : .....

N° d'adhérent à la mutuelle : .....

Allergies connues : .....

Allergies médicamenteuses : .....

Précisez si votre enfant est concerné par un traitement ou précisez toutes informations que nous devrions connaître (surtout dans le cas des déplacements sportifs) :  
.....

Je soussigné (e) Mme, M. ....

Père, mère, représentant légal de .....

autorise les responsables ou dirigeants de l'équipe, à prendre, en cas d'accident ou de maladie, toutes les mesures nécessaires concernant l'état de santé de mon enfant (consultation de médecin, hospitalisation)

Fait à ..... le ..... Signature :