



FICHE DE LIAISON SANITAIRE 2025-2026

PHOTO
IDENTITÉ

Ce document interne doit être constamment à disposition des instructeurs et/ou assistants lorsqu'ils encadrent une séance d'entraînement et lors des « entraînements compétitions JKA »

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Groupe sanguin : Soucis de santé / Allergies :

EN CAS D'URGENCE

Nom et numéro de la ou les personnes à joindre :

- NOM : TEL / PORTABLE :
- NOM : TEL / PORTABLE :
- NOM : TEL / PORTABLE :

Nom du médecin traitant : TEL :

Adresse du médecin traitant :

N° de sécurité sociale

Mutuelle (merci de nous fournir une copie de votre carte mutuelle)

Je déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise la prise en charge médicale de de tous incidents survenant lors de la pratique.

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant ou élève majeur, déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise la section karaté « JKA GROFFLIERS » à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'hospitalisation à caractères d'urgences, tant médicales que chirurgicales. J'autorise la prise en charge médicale de tous incidents survenant lors de la pratique.

Je donne mon accord pour une participation aux cours régionaux, entraînements et compétitions.

Fait à le

Nom de l'adhérent ou du responsable légal :

Signature de l'adhérent ou du responsable légal :

Père Mère Tuteur légal